



COUNCIL OF EUROPE
CONSEIL DE L'EUROPE
Committee of Ministers
Comité des Ministres

Strasbourg, 9 février 2011

T-SG(2011)1 déf.

CHARTE SOCIALE EUROPEENNE

COMITE GOUVERNEMENTAL

RAPPORT RELATIF AUX CONCLUSIONS 2009 DE LA CHARTE SOCIALE EUROPEENNE (révisée)

**(Albanie, Andorre, Arménie, Azerbaïdjan, Belgique, Bulgarie, Chypre, Estonie,
Finlande, France, Géorgie, Irlande, Italie, Lituanie, Malte, Moldova, Pays-Bas
(Royaume en Europe), Norvège, Portugal, Roumanie, Slovénie, Suède,
Turquie et Ukraine)**

*Rapport détaillé du Comité gouvernemental
établi en application de l'article 27, paragraphe 3, de la Charte sociale européenne¹*

Les informations écrites soumises par les Etats relatives aux Conclusions de non-conformité pour la première fois sont de la seule responsabilité des Etats concernés et elles n'ont pas été examinées par le Comité gouvernemental.

¹ Le rapport détaillé et le rapport abrégé sont disponibles sur www.coe.int/socialcharter.

TABLE DES MATIERES

	<i>Page</i>
I. Introduction	3
II. Examen des situations nationales à la lumière des Conclusions 2009 du Comité européen des Droits sociaux	4
<i>Annexe I</i>	
Liste des participants	195
<i>Annexe II</i>	
Tableau des signatures et ratifications	200
<i>Annexe III</i>	
Liste des Conclusions de non-conformité	201
<i>Annexe IV</i>	
Liste des Conclusions ajournées - pour manque d'information pour la deuxième fois - en raison de questions nouvelles ou complémentaires (premiers rapports et autres).....	203
<i>Annexe V</i>	
Avertissement(s) et recommandation(s)	205

1 Introduction

1. Le présent rapport émane du Comité gouvernemental de la Charte sociale européenne, composé de délégués de chacun des quarante-trois Etats liés par la Charte sociale européenne (Charte de 1961 et Charte révisée)¹. Des représentants d'organisations internationales d'employeurs et de syndicats (à l'heure actuelle la Confédération européenne des syndicats (CES) et l'Organisation internationale des employeurs (OIE)) participent, à titre consultatif, aux travaux du Comité. BUSINESSEUROPE est également invité mais n'y a pas participé.

2. Le contrôle de l'application de la Charte sociale européenne repose sur l'analyse des rapports nationaux que les Etats Parties présentent à intervalles réguliers. Conformément à l'article 23 de la Charte, chaque Partie « adressera copies des rapports [...] à celles de ses organisations nationales qui sont affiliées aux organisations internationales d'employeurs et de travailleurs ». Les rapports sont publiés sur www.coe.int/socialcharter.

3. Cette analyse incombe, en premier lieu, au Comité européen des Droits sociaux (article 25 de la Charte) dont les décisions sont rassemblées dans un volume intitulé « Conclusions ». Sur la base de ces conclusions, le Comité gouvernemental (article 27 de la Charte) établit un rapport au Comité des Ministres qui « peut adresser toutes recommandations nécessaires à chacune des Parties contractantes » (article 29 de la Charte).

4. Conformément à l'article 21 de la Charte, les rapports nationaux à soumettre en application de la Charte sociale européenne (révisée) concernaient l'Albanie, Andorre, l'Arménie, l'Azerbaïdjan, la Belgique, la Bulgarie, Chypre, l'Estonie, la Finlande, la France, la Géorgie, l'Irlande, l'Italie, la Lituanie, Malte, Moldova, les Pays-Bas (Royaume en Europe), la Norvège, le Portugal, la Roumanie, la Slovénie, la Suède, la Turquie et l'Ukraine. Les rapports devaient être présentés au plus tard le 31 octobre 2008 ; ils sont parvenus entre octobre 2008 et octobre 2009. Le Comité gouvernemental rappelle qu'il attache une grande importance au respect du délai par les Etats Parties.

5. Les Conclusions 2009 du Comité européen des Droits sociaux ont été adoptées en octobre 2009 (Albanie, Andorre, Arménie, Azerbaïdjan, Belgique, Bulgarie, Chypre, Estonie, Finlande, France, Géorgie, Irlande, Italie, Lituanie, Malte, Moldova, Pays-Bas (Royaume en Europe), Norvège, Portugal, Roumanie, Slovénie, Suède, Turquie et Ukraine).

6. Le Comité gouvernemental a tenu deux réunions (3-6 mai 2010 et 11-14 octobre 2010), sous la présidence de Mme Alexandra PIMENTA (Portugal).

7. Depuis une décision des Délégués des Ministres de décembre 1998, les autres Etats signataires ont également été invités à assister aux réunions du Comité (Liechtenstein, Monaco, Saint-Marin et Suisse).

8. Le Comité gouvernemental relève avec satisfaction que, depuis le précédent cycle de contrôle, les signatures et ratifications suivantes sont intervenues :

- le 3 mars 2010, le Monténégro a ratifié la Charte sociale européenne (révisée).

¹ Liste des Etats parties au 1er décembre 2010 : Albanie, Andorre, Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Chypre, République tchèque, Danemark, Estonie, Finlande, France, Géorgie, Allemagne, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Moldova, Monténégro, Pays-Bas, Norvège, Pologne, Portugal, Roumanie, Fédération de Russie, Serbie, République slovaque, Slovénie, Espagne, Suède, « l'ex-République yougoslave de Macédoine », Turquie, Ukraine et Royaume-Uni.

9. L'état des signatures et ratifications au 3 mars 2010 figure à l'Annexe I du présent rapport.

II. Examen des situations nationales à la lumière des Conclusions 2009 du Comité européen des Droits sociaux

10. Destiné au Comité des Ministres, le présent rapport abrégé ne contient que les résumés des discussions relatives aux situations nationales dans l'éventualité que le Comité gouvernemental propose au Comité des Ministres d'adopter une recommandation ou de renouveler une recommandation. Il n'y a pas de telles propositions pendant ce cycle de supervision. Le rapport détaillé est disponible sur www.coe.int/socialcharter.

11. Par ailleurs, le Comité gouvernemental poursuit l'amélioration de ses méthodes de travail par l'application du nouveau Règlement intérieur, adopté lors de sa 117e réunion (16 mai 2009). En appliquant ces mesures, le Comité gouvernemental examine les Conclusions de non-conformité de la manière suivante :

Conclusions de non-conformité pour la première fois : Les Etats concernés sont invités à fournir par écrit les informations prises ou prévues pour mettre la situation en conformité avec la Charte. Ces informations figurent *in extenso* dans les rapports de réunion du Comité Gouvernemental (voir la liste de ces Conclusions à l'Annexe II du présent rapport) .

Conclusions renouvelées de non-conformité : Ces situations font l'objet d'un débat au sein du Comité gouvernemental en vue de prendre une décision sur le suivi (voir la liste de ces Conclusions à l'Annexe II du présent rapport) ;

Le Comité gouvernemental prend également note des Conclusions ajournées pour manque d'information pour la deuxième fois, ainsi que des Conclusions ajournées en raison de questions nouvelles ou complémentaires posées par le Comité européen des Droits sociaux, et invite les Etats concernés à fournir les informations pertinentes dans leurs prochains rapports (voir la liste de ces Conclusions à l'Annexe III du présent rapport).

12. Le Comité gouvernemental a examiné les cas de non-conformité à la Charte sociale européenne (révisée) figurant à l'Annexe II du présent rapport, il a recouru à la procédure de vote pour 2 d'entre eux et adopté 1 avertissement (voir Annexe IV). Voir le rapport détaillé sur www.coe.int/socialcharter pour plus d'informations sur ces cas de non-conformité.

13. Au cours de cet examen, le Comité gouvernemental a noté les évolutions positives importantes ayant eu lieu dans plusieurs Etats Parties. Il a également demandé aux gouvernements de prendre en considération toutes les recommandations précédentes adoptées par le Comité des Ministres.

14. Le Comité gouvernemental a invité instamment les gouvernements à poursuivre leurs efforts en vue d'assurer le respect de la Charte sociale européenne (révisée).

15. Le Comité gouvernemental propose au Comité des Ministres d'adopter la résolution suivante :

Résolution sur l'application de la Charte sociale européenne (révisée) (Conclusions 2009, dispositions relatives à la santé, la sécurité sociale et à la protection sociale)

(adoptée par le Comité des Ministres le ...

lors de la ... réunion des Délégués des Ministres)

Le Comité des Ministres¹,

Se référant à la Charte sociale européenne (révisée) et notamment aux dispositions de sa partie IV ;

Vu l'article 29 de la Charte ;

Considérant les rapports relatifs à la Charte sociale européenne (révisée) présentés par les gouvernements de l'Albanie, Andorre, l'Arménie, l'Azerbaïdjan, la Belgique, la Bulgarie, Chypre, l'Estonie, la Finlande, la France, la Géorgie, l'Irlande, l'Italie, la Lituanie, Malte, Moldova, les Pays-Bas (Royaume en Europe), la Norvège, le Portugal, la Roumanie, la Slovénie, la Suède, la Turquie et l'Ukraine ;

Considérant les Conclusions 2009 du Comité européen des Droits sociaux créé en vertu de l'article 25 de la Charte ;

Sur proposition du Comité gouvernemental institué en vertu de l'article 27 de la Charte,

Recommande aux gouvernements de tenir compte, de manière appropriée, de l'ensemble des observations faites dans les Conclusions 2009 du Comité européen des Droits sociaux et dans le rapport du Comité gouvernemental.

CONSIDERATION ARTICLE PAR ARTICLE²

Conclusions 2009 – Charte révisée (CSR)

Albanie, Andorre, Arménie, Azerbaïdjan, Belgique, Bulgarie, Chypre, Estonie, Finlande, France, Géorgie, Irlande, Italie, Lituanie, Malte, Moldova, Pays-Bas (Royaume en Europe), Norvège, Portugal, Roumanie, Slovénie, Suède, Turquie et Ukraine

Article 3§1 – Sécurité, santé et milieu du travail

CSR 3§1 ALBANIE

Le Comité conclut que la situation de l'Albanie n'est pas conforme à l'article 3§1 de la Charte révisée au motif qu'il n'y a pas de politique clairement définie pour ce qui concerne la santé et la sécurité en milieu professionnel.

16. La représentante de l'Albanie a fourni par écrit les informations suivantes :

« Afin de parachever et d'optimiser dans les faits le cadre juridique et les politiques existantes en matière de santé et de sécurité au travail, l'Albanie a pris l'initiative d'élaborer un document

¹ Lors de la 492e réunion des Délégués des Ministres en avril 1993, les Délégués ont convenu « à l'unanimité de l'introduction de la règle selon laquelle ne votent au Comité des Ministres, lorsque ce dernier agit en tant qu'organe de contrôle de l'application de la Charte, que les Représentants des Etats l'ayant ratifiée ». Les Etats ayant ratifié la Charte sociale européenne ou la Charte sociale européenne (révisée) sont : l'Albanie, Andorre, l'Arménie, l'Autriche, l'Azerbaïdjan, la Belgique, la Bosnie-Herzégovine, la Bulgarie, la Croatie, Chypre, la République tchèque, le Danemark, l'Estonie, la Finlande, la France, la Géorgie, l'Allemagne, la Grèce, la Hongrie, l'Islande, l'Irlande, l'Italie, la Lettonie, la Lituanie, le Luxembourg, Malte, Moldova, Monténégro, les Pays-Bas, la Norvège, la Pologne, le Portugal, la Roumanie, la Fédération de Russie, la Serbie, la République slovaque, la Slovénie, l'Espagne, la Suède, « l'ex-République yougoslave de Macédoine », la Turquie, l'Ukraine et le Royaume-Uni.

² Etat suivant l'ordre alphabétique anglais.

d'orientation consacré à ces questions. Ce document a été adopté aux termes de la Décision n° 500 arrêtée en Conseil des Ministres le 6 mai 2009 complétant la Décision n° 751 du 7 novembre 2009 du Conseil des Ministres entérinant la stratégie retenue dans le secteur de l'emploi et le plan d'action destiné à la mettre en œuvre. Un chapitre VI, intitulé « Document d'orientation en matière de santé et de sécurité au travail », est venu s'ajouter au Chapitre V dans le volet portant sur la « Stratégie pour l'emploi ». Le Document d'orientation en matière de santé et de sécurité au travail s'inscrit dans la ligne des engagements contenus dans le programme gouvernemental et de la mise en œuvre de l'article 70 de l'Accord de stabilisation et d'association avec l'Albanie, qui pose l'obligation de rapprocher la législation nationale avec celle de la Communauté et définit le plan national de mise en œuvre dudit Accord.

Le document en question a pour but de tracer clairement la voie à suivre pour les services de santé et de sécurité au travail. Il entend aussi impliquer par ce biais un plus grand nombre de parties prenantes afin d'accroître la productivité des entreprises – ce dont tout le monde profite –, sans laisser à la seule Inspection nationale du travail le soin de contribuer à rendre les entreprises plus saines et plus sûres.

Il explique comment le système d'inspection s'est amélioré grâce (i) au rapprochement du cadre juridique albanais avec l'acquis communautaire, (ii) à la mise sur pied d'un système moderne et unique d'inspection du travail déployé sur l'ensemble du territoire, (iii) à l'instauration d'un partenariat avec les interlocuteurs sociaux, (iv) à l'élaboration d'un système d'information et de communication avec les entreprises, et (v) à l'instauration d'une culture de prévention des risques au travail. Les auteurs du document ont pris en compte la Stratégie 2007-2012 de l'UE pour la santé et la sécurité au travail ainsi que d'autres instruments internationaux ratifiés par le Parlement de la République albanaise.

L'orientation retenue dans le document relatif à la santé et à la sécurité a pris en compte l'approche qu'entend suivre la Stratégie nationale de développement et d'intégration (SNDI) pour les années à venir, qui reflète le souhait qu'ont tous les Albanais de voir leur pays élever son niveau de vie, intégrer les structures européennes et euro-atlantiques, devenir un Etat démocratique et garantir les droits de l'homme et les libertés fondamentales de tous ses citoyens. Pour que ce grand dessein prenne forme, les priorités stratégiques qui ont été arrêtées – par référence aux objectifs stratégiques – sont les suivantes :

- a. Législation pertinente,
- b. Cadre institutionnel efficace,
- c. Education et formation appropriées en matière de santé et de sécurité au travail,
- d. Effort de sensibilisation et de motivation sociale sur les questions de santé et de sécurité au travail,
- e. Recours à de nouveaux outils pour la mise en place de mesures efficaces destinées à renforcer la santé et la sécurité au travail, et réelle coopération avec d'autres instances, partenaires sociaux et organisations internationales.

A. La mise en œuvre du Document d'orientation a donné lieu à l'élaboration par le ministère du Travail, des Affaires sociales et de l'Egalité des chances d'un instrument législatif - la loi n° 10237 du 18 février 2010 sur la santé et la sécurité au travail.

Le projet de loi reflète les dispositions de l'acquis communautaire en matière de santé et de sécurité au travail ainsi que les récentes recommandations de l'UE, en particulier la Directive-cadre n° 89/391/CE du 12 juin 1989 du Conseil européen concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, 31989L0391, Journal officiel n° 183, Série L, du 29 juin 1989, pages 0001 à 0008, et est conforme aux engagements pris lors de la ratification de la Convention n° 155 de l'Organisation internationale du Travail sur la santé et la sécurité des travailleurs (voir, pour plus de précisions sur ce texte de loi, la réponse à la question n° 65).

B. Education et formation appropriées pour la sécurité et la santé au travail
L'éducation et la formation en matière de santé et de sécurité au travail contribuent systématiquement à générer et développer les connaissances, perspectives et compétences professionnelles, en plus de forger des attitudes et comportements conformes aux attentes de la part des employeurs, des salariés et des travailleurs indépendants; s'agissant plus particulièrement d'intégrer les questions de santé et de sécurité au travail dans un système d'éducation continue, qui est lié à l'enseignement professionnel, cela permet d'approfondir et

d'affiner la formation, le recyclage ou l'éducation complémentaire et d'acquérir de nouvelles compétences. Les établissements d'enseignement élémentaire et primaire peuvent jouer un rôle très utile pour l'éducation à la santé et à la sécurité au travail, car il est plus facile d'apprendre à réagir aux risques lorsque l'on est enfant. Compte tenu de l'importance que revêtent la protection de la santé et la prévention des dommages, ces principes doivent être inculqués dès l'école primaire et élémentaire.

C. Effort de sensibilisation et de motivation sociale sur les questions de santé et de sécurité au travail

Les campagnes d'informations européennes et nationales sont un important moyen de concrétiser les changements attendus en termes de prévention. Elles visent à échanger des expériences qui portent sur des aspects bien précis des risques professionnels, ainsi qu'à faire connaître les bonnes pratiques pour identifier les risques et supprimer ou réduire leurs incidences sur la santé et la sécurité des travailleurs. Une bonne utilisation des moyens d'information, en particulier entre les employeurs, contribue à mieux faire prendre conscience des problèmes de santé et de sécurité au travail ; elle permet aussi de créer et de maintenir une approche positive en la matière auprès des employeurs, des salariés et des travailleurs indépendants. Pour savoir quelles sont les meilleures pratiques en matière de santé et de sécurité au travail, des actions d'information et de conseil sont organisées ; des procédures sont également mises en place, qui permettent d'améliorer les conditions de travail et de mieux protéger la santé des travailleurs, de façon à éviter que l'exécution des tâches qui leur sont confiées ne leur fasse courir un danger.

D. Recours à de nouveaux outils pour la mise en place de mesures efficaces destinées à renforcer la santé et la sécurité au travail

En matière de santé et de sécurité au travail, la prévention passe principalement par un système d'identification, d'évaluation et de gestion en continu des risques réels ou potentiels. Il faut en particulier motiver les employeurs, les travailleurs indépendants et les salariés, en usant à cet effet de mesures d'ordre financier. L'accent doit aussi être mis sur la nécessité d'intégrer les questions de santé et de sécurité au travail dans la gestion de l'entreprise, surtout pour les PME. Le rôle des représentants du personnel dans le règlement de ces questions, l'assistance technique et l'information de toutes les parties concernées, de même que la formation et les conseils de professionnels sont également essentiels.

E. Réelle coopération

La coopération entre les services compétents de l'Administration et les partenaires sociaux constitue une condition substantielle sur le plan de la prévention et du respect des principes internationaux. Cette coopération doit s'opérer conformément à la réglementation nationale et internationale ainsi qu'aux dispositions législatives à tous niveaux – entreprises, échelon local et régional - à travers le dialogue social et la participation des partenaires sociaux au règlement des questions de santé et de sécurité au travail, et par la confrontation des buts et propositions touchant à des améliorations à apporter aux textes de loi. La coopération bilatérale à l'échelon des entreprises doit également être encouragée lors de l'élaboration de règlements intérieurs, pour la prévention des risques, dans le cadre des contrôles auxquels sont soumis les employeurs, ou encore à l'occasion de la conclusion de conventions collectives. La Commission du Conseil national des travailleurs pour la santé et la sécurité au travail a un rôle important à jouer pour promouvoir la coopération à tous les niveaux. La coopération au plan national doit reposer sur des accords bilatéraux entre les grands acteurs appelés à intervenir dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail.

Les suites données au Document d'orientation en matière de santé et de sécurité au travail devraient être supervisées par les organes directeurs chargés de ces questions au ministère du Travail, des Affaires sociales et de l'Egalité des chances, ainsi que par les structures et services techniques d'inspection des autres ministères concernés. L'article 36 du Titre VII de la loi sur la santé et la sécurité au travail prévoit en outre de créer un Conseil interministériel pour la santé et la sécurité au travail, qui aura pour mission de mieux coordonner les textes de loi et les grandes orientations que les différentes institutions responsables en la matière seront amenées à élaborer et à mettre en œuvre. (Voir le site web du ministère du Travail, des Affaires sociales et de l'Egalité des chances <http://www.mpcs.gov.al/images/stories/ministria/mpcsshb/legislation/>, sur lequel le Document d'orientation peut être consulté). »

17. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 3§1 ITALIE

Le Comité conclut que la situation de l'Italie n'est pas conforme à l'article 3§1 de la Charte révisée, au motif que l'existence d'une politique nationale appropriée en matière de santé et de sécurité en milieu professionnel n'est pas établie.

18. La représentante de l'Italie a fourni par écrit les informations suivantes :

« En rapport avec la conclusion tirée par le Comité européen des droits sociaux sur l'absence d'une politique nationale adéquate en matière de santé et de sécurité au travail, nous soulignons toutefois que, suite à la réforme récente des normes de santé et de sécurité au travail, on a établi un système national de débat, de définition et d'application des orientations et des politiques en matière de santé et de sécurité au travail. Ce système est régulièrement établi par la loi et vise à imposer un cadre commun pour les activités à mener dans ce domaine de manière à les rendre nettement plus efficaces.

Grâce à la réforme récente des normes qui régissent la santé et la sécurité au travail, l'Italie s'est munie d'un système de règles préventives qui respectent à la lettre aussi bien les sources internationales et communautaires de référence que les dispositions constitutionnelles applicables dans ce domaine. Ces dernières prévoient la compétence paritaire entre l'État et les régions afin de lutter le plus efficacement possible contre les accidents sur tous les lieux de travail publics et privés.

Cette réforme a été élaborée en premier lieu grâce au **décret législatif n°81/2008** (que l'on appelle aussi texte unique sur la santé et la sécurité au travail) ainsi qu'au **décret législatif n°106/2009** par la suite. Ce décret a complété et amélioré le cadre législatif établi par la mesure prise en 2008 en tenant particulièrement compte des propositions d'amendement faites par les partenaires sociaux et les organismes administratifs compétents dans ce domaine.

Dans tous les cas, toutes les interventions proposées garantissent le respect des niveaux de protection dont bénéficient les travailleurs et leurs représentants à l'heure actuelle sur l'ensemble du territoire national ainsi que l'équilibre entre les compétences de l'État et celles des régions dans ce domaine.

En vertu des décrets législatifs n°81/2008 et n°106/2009, le respect de ces niveaux de protection et la garantie de l'homogénéité des actions publiques de prévention sont assurés par l'existence d'un système national de débat, de définition et d'application des orientations et des politiques en matière de santé et de sécurité au travail.

Le « texte unique » sur la santé et la sécurité au travail identifie et régleme une série d'organismes dont le rôle permanent est de permettre :

- 1) l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention des accidents du travail et des maladies d'origine professionnelle grâce à l'échange entre l'État, les administrations publiques centrales (APUC) compétentes dans ce domaine, les régions et à la consultation des partenaires sociaux ;
- 2) l'application au niveau territorial (d'abord à l'échelle de la région puis de la province) des orientations définies en matière de prévention à l'échelle nationale ;
- 3) la diffusion et le partage des données concernant les accidents du travail, les maladies d'origine professionnelle ainsi que les inspections en matière de santé et de sécurité au travail avec la participation des partenaires sociaux ;
- 4) le débat sur les thèmes inhérents à la santé et à la sécurité au travail et leur approfondissement dans un cadre où le tripartisme est garanti, à savoir la présence égale de représentants des administrations publiques, des employeurs et des travailleurs, l'élaboration de lignes de conduite et de bonnes pratiques au sein de ce cadre, avec une attention toute particulière pour les thèmes de la formation aux risques du travail et de leur évaluation ;
- 5) la mise en place de politiques nationales de soutien, y compris financier, aux actions visant à promouvoir la prévention avec une attention toute particulière pour les actions de formation et la diffusion de modèles d'organisation et de gestion de la sécurité.

En rapport avec le premier point énoncé, il faut insister sur le fait que l'article 5 du « texte unique » sur la santé et la sécurité au travail identifie un organisme national qui sert de « chef d'orchestre » des politiques nationales de prévention permettant ainsi d'identifier les priorités, les objectifs et les délais nécessaires des activités de prévention à travers un échange permanent entre les différents membres de l'organisme.

Les axes stratégiques définis dans le cadre du Comité susvisé orientent les activités des administrations vouées à une optique d'échange et donc d'économie et d'efficacité des activités en question. Plus particulièrement, selon le deuxième point énoncé, les orientations nationales des activités d'inspection (telles qu'elles sont définies par le Comité susvisé dans l'article 5 du « texte

unique ») sont appliquées régulièrement sur le territoire national par le biais des comités territoriaux (régionaux) dont il est question dans l'article 7 du décret législatif n°81/2008 tel qu'amendé par la suite. Les orientations régionales sont transmises à chaque province italienne par le biais d'un comité de province afin de garantir l'homogénéité des interventions de contrôle sur l'ensemble du territoire italien, en prenant également en compte les spécificités des différents territoires (ces spécificités font l'objet d'un débat au sein des comités des régions et des provinces).

La création d'un unique système d'information national pour la prévention constitue l'objectif principal de la réforme de la législation italienne sur la santé et la sécurité. À cet égard, l'article 8 du « texte unique » sur la santé et la sécurité prévoit qu'un système d'information national pour la prévention (SINP) soit établi auprès de l'INAIL (Institut national pour l'assurance contre les accidents du travail) afin de « fournir des données utiles dans le but d'orienter, de programmer, de planifier et d'évaluer l'efficacité des activités de prévention des accidents et des maladies d'origine professionnelle ainsi que pour orienter les activités de surveillance ».

Les ministères compétents en matière de santé et de sécurité (à savoir le Ministère du Travail, le Ministère de la Santé mais aussi le Ministère de l'Intérieur et le Ministère de la Défense en fonction de leurs compétences respectives), l'INAIL, les régions et les provinces autonomes de Trente et de Bolzano apportent leur contribution à ce système.

En vertu de l'article 8, alinéa 6 du décret législatif n°81/2008 tel qu'amendé par la suite, tous les membres du système d'information national pour la prévention des accidents du travail (SINP) sont tenus de fournir constamment des données concernant les domaines suivants :

- a) le cadre de la production et de l'emploi ;
- b) le cadre des risques avec une attention particulière à la problématique masculin/féminin ;
- c) le cadre relatif à la santé et à la sécurité des travailleurs et des travailleuses ;
- d) le cadre des interventions menées par les institutions compétentes ;
- e) le cadre des interventions de surveillance menées par les institutions compétentes ;
- e-bis) les données concernant les accidents du travail sous le seuil d'indemnisation pris en charge par l'INAIL. Ces données ont également fait l'objet d'un échange avec les partenaires sociaux.

La participation des partenaires sociaux au processus de définition des stratégies en matière de santé et de sécurité au travail en Italie est entièrement garantie notamment grâce à la clause sur leur présence permanente dans le cadre de la Commission de consultation sur la santé et la sécurité au travail telle qu'elle est définie à l'article 6 du « texte unique », ainsi que par la présence des partenaires sociaux au sein des comités régionaux telle qu'elle a été définie dans l'article 7 du décret législatif n°81/2008 et la consultation préventive sur les activités du Comité qui permettent aussi d'assurer leur participation au processus susvisé. La commission de consultation compte 10 représentants de l'État, 10 représentants des régions, 10 représentants des associations d'employeurs et 10 représentants des syndicats.

Cette commission a été constituée formellement grâce au décret ministériel du 3 décembre 2008 et elle détient des compétences considérables en matière de santé et de sécurité au travail.

Nous pouvons citer l'élaboration des procédures type pour évaluer les risques dans les petites et moyennes entreprises (PME), l'élaboration des lignes méthodologiques pour évaluer les risques liés au stress professionnel ou encore la définition des critères de qualification des formateurs comme exemples.

L'existence concrète d'une stratégie efficace pour lutter contre les accidents du travail ne peut pas se résumer à la modernisation du cadre juridique de référence que nous venons de décrire ainsi qu'à la participation des partenaires sociaux. En effet, ce processus passe aussi par la réalisation d'une série d'actions publiques et privées destinées à améliorer la prévention et les niveaux de protection sur tous les lieux de travail.

C'est pour cette raison que l'Italie tente actuellement d'accroître la coopération entre tous les acteurs des secteurs public et privé afin d'améliorer l'efficacité des activités respectives en tenant particulièrement compte des finalités définies dans le cinquième point énoncé.

Par exemple, la définition des critères d'emploi et l'allocation des fonds à des activités visant à promouvoir la santé et la sécurité (environ 50 millions d'euros) s'inscrivent dans la même optique suite à l'accord conclu le 20 novembre 2008 par la Conférence État-Régions¹. Parmi les activités susvisées figurent une **campagne de communication** (dont le montant total s'élève à 20 millions d'euros) sur le thème de la santé et de la sécurité au travail (qui sera lancée sous peu) ainsi que des **activités de formation à l'échelle régionale** (dont le montant total s'élève à 30 millions d'euros). Ces fonds ont été dégagés et mis à disposition légitimement pour les activités en question. En outre, il a été demandé à chaque région de présenter un programme d'activités de formation cohérentes

¹ La Conférence État-Régions est chargée de favoriser la coopération entre l'activité de l'État et celle des régions et des provinces autonomes dans le cadre de la communauté nationale. Cette dernière constitue ainsi la « scène privilégiée » de la négociation politique entre les administrations centrales et le système des régions autonomes.

avec le contenu de l'accord afin d'obtenir le versement des fonds de la part du Ministère du Travail. Le Ministère du Travail a déjà versé les fonds aux régions qui ont présenté des programmes cohérents avec l'accord mentionné ci-dessus.

En ce qui concerne les fonds accordés pour l'année 2009 (plus de 37 millions d'euros), le décret interministériel a été introduit afin de répartir les financements pour les activités visant à promouvoir la santé et la sécurité au travail dans les sphères suivantes :

- a) **projets d'investissement en matière de santé et de sécurité au travail et élaboration de modèles de gestion de la sécurité pour les petites et moyennes entreprises** (5 millions d'euros) ;
- b) **financement de projets de formation** en matière de santé et de sécurité au travail (27 millions d'euros) ;
- c) **financement d'activités auprès d'instituts scolaires, universitaires et de formation visant à intégrer le thème de la santé et de la sécurité au travail dans leurs programmes pédagogiques respectifs** (5 millions d'euros). Le document en question a fait l'objet d'un débat avec les régions et les partenaires sociaux dans le cadre de la Commission de consultation sur la santé et la sécurité au travail en juin et en juillet 2009. Ce dernier a formellement obtenu l'avis favorable du Ministère de l'Économie et des Finances ainsi que celui du Ministère de l'Éducation nationale

En vertu des points énoncés ci-dessus, nous considérons que le cas de non-conformité avec l'article 3§1 de la Charte Sociale sur l'absence d'une politique nationale adéquate en matière de santé et de sécurité au travail est désormais régularisé.»

19. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 3§1 ROUMANIE

Le Comité conclut que la situation de la Roumanie n'est pas conforme à l'article 3§1 de la Charte révisée au motif qu'il n'est pas établi que la politique nationale en matière de santé et sécurité au travail inclue de manière adéquate la formation, l'information, la garantie de qualité et la recherche.

20. La représentante de la Roumanie a fourni par écrit les informations suivantes :

« La formation sur les questions d'hygiène et de sécurité ne constitue pas seulement un objectif de la politique et de la stratégie en la matière ; elle doit être un processus permanent pour tous les acteurs concernés - pouvoirs publics, employeurs, travailleurs et services externes de prévention et de protection.

Aux termes de la loi n° 319/2006 relative à la santé et à la sécurité, ainsi que de l'arrêté ministériel n° 1425/2006 portant approbation des modalités d'application de la loi précitée, chaque travailleur a droit à une formation appropriée et suffisante en matière d'hygiène et de sécurité. La législation assortit cette formation de critères minima :

- niveau de base (minimum exigé pour les employeurs en mesure d'organiser des activités de prévention et de protection et pour les membres des comités d'hygiène et de sécurité professionnelles) : formation de moins de 40 heures;
- niveau intermédiaire (minimum exigé pour les travailleurs désignés par l'employeur et le personnel du Service interne et du Service externe en charge de la prévention et de la protection au travail) : formation de 80 heures;
- niveau supérieur (minimum exigé pour les chefs des deux services précités) : formation de 80 heures et cours de spécialisation sur l'évaluation des risques, d'une durée minimale de 180 heures.

Il convient de souligner qu'à l'exception des cours de spécialisation qui doivent répondre aux conditions prévues pour les cours de niveau supérieur en matière de santé et de sécurité, la formation est assurée par des organismes agréés, en vertu du décret ministériel n° 129/2000 sur la formation des adultes approuvé, avec modifications, par la loi n° 375/2002, et republié avec ses amendements et ajouts.

Il faut également préciser que l'Institut national de recherche et de développement en matière de protection au travail « Alexandru Darabont » (INCDPM) a formé environ 4 000 experts en hygiène et

sécurité (niveau de base, intermédiaire et supérieur), dont 1 090 au cours des trois dernières années (2007-2009).

Ainsi qu'il avait été décidé dans la stratégie 2004-2007, le personnel des nouvelles structures auxquelles a été confiée l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles a dû être formé comme suit:

- 30 000 heures de formation ont été délivrées. Une équipe d'experts roumains et européens a permis aux 117 conseillers en prévention, techniciens et médecins d'acquérir de solides notions de base;
- 56 modules de formation théorique ont été organisés dans 24 secteurs géographiques, suivis de 31 tests pratiques ;
- 17 conseillers en prévention ont été inscrits à des cours pour formateurs en vue d'assurer la formation du personnel nouvellement recruté.

L'Inspection du travail dispose de son propre centre de formation, qui accueille également d'autres spécialistes.

L'un des objectifs de la politique et de la stratégie roumaines en matière de santé et de sécurité au travail pour la période 2004-2007 est de « former et d'améliorer les compétences des spécialistes en santé professionnelle ».

A cet égard, l'importance capitale que revêt la surveillance sanitaire des travailleurs explique l'augmentation du nombre de médecins du travail au cours de cette période, qui est passé de 262 en 2004 à 579 en 2010.

En outre, l'Ordre des infirmières généralistes, des sages-femmes et des personnels en soins infirmiers a proposé de nombreux stages de formation en matière d'hygiène et de sécurité.

S'agissant de la **diffusion d'informations en matière de santé et de sécurité**, le ministère du Travail, de la Famille et de la Protection sociale a organisé dans de nombreuses régions, par le biais du Centre de coordination de l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail installé au sein de l'INCDPM à Bucarest, des conférences et symposiums consacrés aux campagnes suivantes de l'Agence européenne:

2008 - 2009: Campagne européenne pour la santé et la sécurité au travail - Lieux de travail sains.

2007: Alléger la charge – les troubles musculosquelettiques.

2006: Débute en sécurité – les jeunes travailleurs.

2005: Halte au bruit!

2004: Construire en toute sécurité.

2003: Substances dangereuses - Prudence!

2002: Travailler sans stress.

2001: Pas d'accident, défi gagnant.

2000: Tournez le dos aux troubles musculosquelettiques.

Entre 2007 et 2012, l'Inspection du travail organisera chaque année cinq séances d'information et de sensibilisation à l'intention des employeurs et salariés des petites et moyennes entreprises afin de promouvoir les meilleures pratiques en matière de santé et de sécurité au travail, et ce dans le prolongement du projet Phare RO 04/IB/SO-01 qui a débouché sur l'élaboration d'un *Guide d'évaluation des risques dans les PME*. Ce guide a été tiré à 150 000 exemplaires ; il peut aussi être consulté sur le site web consacré aux PME qui a été mis en place dans le cadre du même projet (<http://www.inspectiamuncii.ro/ssmimm/>).

La diffusion des **informations et des connaissances** passe par les sites web des organismes compétents en la matière, ainsi que par ceux des organisations non gouvernementales, collectivités locales ou services de consultation œuvrant dans le domaine de la santé et de la sécurité. En voici quelques-uns:

- site du ministère du Travail, de la Famille et de la Protection sociale - www.mmuncii.ro; il permet de consulter les textes de loi et la base de données des services externes de prévention et de protection, et rend compte des nouveautés en matière de santé et de sécurité au travail;
- site du Centre de coordination en Roumanie de l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail - www.protectiamuncii.ro; accessible en roumain et en anglais, il est spécialisé

dans les bonnes pratiques en usage dans d'autres Etats membres de l'UE. Il existe également un site spécial pour les PME - <http://imm.protectiamuncii.ro/>;

- site de l'Inspection du travail: le site a été conçu au niveau central (<http://inspectmun.ro/>) et à l'échelon régional (pour chacune des 42 inspections territoriales). Il propose des guides des meilleures pratiques en roumain, des formulaires pour les travailleurs et les employeurs, ainsi que d'autres informations utiles;
- site de l'Institut national de recherche et développement en matière de protection du travail « Alexandru Darabont » - www.inpm.ro;
- site de l'Institut national pour la sécurité et la protection contre les explosions dans les mines - INSEMEX – Petrosani - www.insemex.ro ;
- site de l'ARSSM, une ONG regroupant des experts dans le domaine de la santé et de la sécurité.

D'autre part, le Centre d'information pour la documentation et les publications de l'INCDPM a réalisé et distribué aux entreprises un grand nombre d'instructions, guides, catalogues, manuels, brochures, affiches, films, etc.

Aux termes de l'article 6 (1) (b) de la loi n° 108/199¹, l'**Inspection du travail** coordonne également les activités de sensibilisation et d'information des salariés en matière de santé et de sécurité au travail, et surveille la formation des spécialistes de ces questions.

Les services régionaux de l'Inspection du travail organisent par ailleurs des stages de formation professionnelle pour le personnel auquel des personnes physiques ou morales confient la santé et la sécurité au travail, pour les membres des comités d'hygiène et de sécurité, pour le personnel de services spécialisés, ainsi que pour les représentants des organisations syndicales et patronales et les salariés de divers secteurs d'activité. Entre 2004 et 2006, 1 855 personnes ont ainsi suivi une de ces formations professionnelles - 838 en 2004, 734 en 2005 et 238 en 2006.

Travaux de recherche

Le plan sectoriel de recherche et développement 2009-2012 a été élaboré par le ministère du Travail pour le secteur de son ressort, à savoir le point 5 « Santé et sécurité au travail » de l'arrêté n° 668 du 02 octobre 2008 du Ministre du Travail, de la Famille et de la Protection sociale publié au Journal Officiel n° 760 du 11 novembre 2008, Partie I.

Actuellement, les entreprises disposent d'un certain nombre d'outils de prévention qui ont été développés à partir d'études financées par l'Autorité nationale pour la recherche scientifique dans le cadre du programme « Sécurité et santé au travail 2006-2009 »:

- ensemble intégré d'outils pour la gestion de la santé et de la sécurité au travail dans les PME (PIMES);
- lignes directrices permettant d'identifier, de prévenir et d'éliminer les facteurs de risque dans l'environnement physique de travail;
- guide méthodologique pour le suivi et l'évaluation de l'exposition aux agents chimiques;
- indicateurs d'évaluation de la performance des systèmes de gestion de la santé et de la sécurité au regard de la norme SR OHSAS 18001: 2008;
- possibilité de « contrôle des risques psychosociaux dans l'entreprise » (méthodes, outils) intégrée dans la gestion de la santé et de la sécurité;
- méthode de justification économique et financière des investissements dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail;
- guide sur la santé et la sécurité au travail pour les PME;
- lignes directrices pour la formation sur la santé et la sécurité au travail dans des cas particuliers: (ré)insertion sur le marché du travail des inactifs et chômeurs de longue durée, plurilinguisme, nouvelles formes de contrats de travail;
- évaluation des services publics en ligne liés à la santé et la sécurité au travail;
- base méthodologique pour l'identification, l'analyse, l'évaluation, l'expertise et le contrôle des risques professionnels sur les lieux de travail, conformément aux dispositions de la loi ;
- lignes directrices pour la prévention et la lutte contre l'exposition au bruit des salariés travaillant dans le secteur de la musique et du spectacle, comme l'exige la législation européenne en vigueur.

¹ Loi n° 108/1999 relative à la création et à l'organisation de l'Inspection du travail.

Les **Instituts de santé publique placés sous la tutelle du ministère de la Santé** ont également réalisé des études et des travaux de recherche sur l'identification des nouveaux risques, et ont ainsi formulé des directives quant aux meilleures pratiques pour les PME (Guide sur la santé des travailleurs *Que faut-il savoir sur les examens médicaux périodiques?*)

L'Inspection du travail a défini la stratégie 2008-2012 en matière de santé et de sécurité au travail en intégrant les objectifs fixés dans la Stratégie communautaire 2007-2012 pour la santé et la sécurité au travail dans son programme et dans celui des organismes compétents dans ce domaine. »

21. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

Article 3§2 – Règlements de sécurité et d'hygiène

CSR 3§2 ALBANIE

Le Comité conclut que la situation de l'Albanie n'est pas conforme à l'article 3§2 de la Charte révisée au motif que les travailleurs indépendants ne sont pas couverts par la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail.

22. La représentante de l'Albanie a fourni par écrit les informations suivantes :

« La Décision n° 100 sur les "substances dangereuses" arrêtée en Conseil des Ministres le 2 mars 2008 (Journal officiel n° 19 du 22 février 2008, p. 679) a voulu définir lesdites substances afin de protéger la santé et d'assurer la sécurité des travailleurs qui les utilisent. Elle a force contraignante pour toutes les personnes physiques et morales qui produisent ou importent de telles substances, et les oblige ainsi à se conformer aux normes applicables sur le lieu de travail.

L'Albanie a signé la Convention de Stockholm du 5 décembre 2001 et l'a ratifiée aux termes de la loi n° 9263 du 29 juillet 2004 relative à l'adhésion de la République d'Albanie à la Convention de Stockholm, et s'est ainsi engagée à interdire l'usage de la plupart des polluants organiques persistants et à limiter le recours au DDT (dichlorodiphényltrichloroéthane). Le ministère de l'Environnement et de la Gestion des eaux et forêts, en coopération avec les responsables du Projet en charge de l'« Elaboration du plan national de mise en œuvre de la Convention sur les POP » (2004-2006) financé par le Fonds pour l'environnement mondial (FEM) du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), a établi un Plan d'action national qui a été avalisé par la « Décision n° 860 du 20 décembre 2006 prise en Conseil des Ministres portant adoption du plan d'action national pour l'abandon et l'élimination des polluants organiques persistants », parue au Journal officiel n° 145 (2006) publié le 9 janvier 2007, p. 5723.

Des progrès notables ont été réalisés par l'Albanie sur un certain nombre de problèmes importants identifiés dans le Plan d'action précité, avec l'aide d'organisations internationales et par le biais d'accords bilatéraux. Il convient de signaler à cet égard que notre pays a éliminé tous les polluants organiques persistants utilisés comme pesticides - le dernier stock a été retiré en 2006. Les résidus d'hexachlorure et de lindane provenant de l'ancienne usine chimique de Durres seront confinés dans un site de mise en dépôt contrôlé (CDF) qui devrait être aménagé d'ici 2010.

La Décision n° 824 du 11 décembre 2003 arrêtée en Conseil des Ministres concernant la « Classification, le conditionnement, l'étiquetage et l'entreposage de substances et préparations dangereuses » parue au Journal officiel n° 130 du 5 septembre 2009, p. 6078, a pour objet de réglementer la fabrication, le négoce, l'entreposage et la distribution de substances et préparations dangereuses dans le respect de la législation albanaise et de la réglementation internationale. Le fabricant, l'importateur et le distributeur de substances et préparations dangereuses ne peuvent les mettre sur le marché qu'à la condition de s'être assurés qu'en cas de problème d'étanchéité du conditionnement, lesdites matières ne présenteront pas de risque sanitaire ou environnemental.

Aux termes du paragraphe 5.1 du texte susmentionné, le fabricant, l'importateur et le distributeur ne sont autorisés à mettre des substances et préparations dangereuses sur le marché qu'à la condition que lesdites matières soient dûment étiquetées et renseignent les données relatives à leurs propriétés dangereuses.

Le dépôt et l'entreposage de produits chimiques qui présentent un danger pour la santé et l'environnement sont soumis à autorisation et à une procédure d'enregistrement. Les demandes d'autorisation doivent être adressées au ministère de l'Economie, du Commerce et de l'Energie ; l'enregistrement relève quant à lui du ministère de l'Environnement et de la Gestion des eaux et forêts. La Commission chargée de délivrer les autorisations de dépôt et d'entreposage de produits chimiques dangereux qui sera mise en place au ministère de l'Economie, du Commerce et de l'Energie sera composée de représentant dudit ministère, du ministère de la Santé, du ministère de l'Intérieur et du ministère de l'Environnement et de la Gestion des eaux et forêts. La procédure d'obtention d'une autorisation et le règlement intérieur de la commission seront arrêtés par les Ministres respectifs.

La Décision n° 824/2003 prise en Conseil des Ministres transpose partiellement la « Directive 67/548/CEE du 27 juin 1967 concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives relatives à la classification, l'emballage et l'étiquetage des substances dangereuses », 31967L0548, parue au Journal officiel n° 196, Série L, du 16 juillet 1967, pages 0196 à 0198, et ses amendements.

Le Chapitre 4 du manuel des services de l'Inspection sanitaire albanaise établit la liste des limites admises de gaz, vapeurs et poussières toxiques dans l'air ambiant en milieu professionnel, liste dressée sur la base du tableau extrait des « Dispositions légales en matière d'hygiène au travail » (Tirana, 1974).

Dans le cadre de la législation en matière de santé et de sécurité au travail, le ministère du Travail, des Affaires sociales et de l'Egalité des chances a élaboré la loi n° 10237 du 18 février 2010 sur la santé et la sécurité au travail.¹

- Les dispositions de l'acquis communautaire en matière de santé et de sécurité au travail et les récentes recommandations de l'UE – en particulier celles figurant dans la Directive-cadre n° 89/391/CE du 12 juin 1989 du Conseil européen concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, 31989L0391, Journal officiel n° 183, Série L, du 29 juin 1989, pages 0001 à 0008 – ont été pleinement transposées dans la loi.
- En outre, la Directive 94/33/CEE du Conseil du 22 juin 1994 relative à la protection des jeunes au travail répond en partie aux obligations souscrites par rapport à l'OIT lors de la ratification de la Convention n° 155 sur la santé et la sécurité des travailleurs.

L'objectif de ce texte de loi est d'assurer la santé et la sécurité des travailleurs et de veiller à ce que leur santé soient correctement protégée contre les dangers qu'ils rencontrent en milieu professionnel, et par le biais de mesures cohérentes, coordonnées et efficaces de prévention des risques au travail.

Les paragraphes 1, 2 et 3 de l'article 3 de la loi n° 10237/2010 sur la santé et la sécurité au travail précisent le champ d'application de ce texte dans les différents secteurs d'activité publics et privés (y compris donc pour les travailleurs indépendants). Les exemptions concernent en l'espèce des secteurs régis par d'autres dispositions de loi qui offrent des conditions plus favorables en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs. De plus, la loi ne s'applique pas à un certain nombre de services des Forces armées qui ne peuvent, de par leurs spécificités, se conformer à ses dispositions. La santé et la sécurité au travail doivent en pareil cas être assurées autant que faire se peut, en se conformant à ce qu'exige la loi. Le texte de cette dernière a ceci de novateur qu'il oblige l'employeur à établir un document d'évaluation et de prévention des risques indiquant les mesures qui seront mises en œuvre sur le plan technique, organisationnel et sanitaire en fonction des conditions propres aux différents postes de travail.

Il est d'autre part envisagé de déployer au sein des entreprises les services de protection et de prévention ainsi que les services du Conseil pour la santé et la sécurité des travailleurs – services dont la notion-même ne figure pas, à ce jour, dans la législation albanaise. Ces structures qui englobent le dialogue social bipartite au niveau des entreprises, contribueront à la mise en œuvre de mesures préventives et garantiront une participation équilibrée des travailleurs à l'élaboration du document consacré à l'évaluation et à la prévention des risques en milieu professionnel.

¹http://www.mpcs.gov.al/images/stories/ministria/mpcsshb/legislation/lae_nr_10_237_on_safety_and_health_at_eork_2_.pdf

L'article 13 de la loi n° 10237/2010 dispose plus précisément que l'employeur doit permettre aux travailleurs et à leurs représentants de prendre part aux discussions dudit Conseil qui concernent toutes les questions touchant, au regard des articles 10 et 11 de ce texte et de ses décrets d'application, à la santé et à la sécurité des travailleurs.

L'article 14, par. 2, de ce même texte définit le Conseil pour la santé et la sécurité comme un organe paritaire de concertation entre le patronat et les travailleurs, qui a pour but de voir régulièrement ce que font les entreprises pour prévenir les risques en milieu professionnel. Autre innovation du projet de loi: l'introduction de la notion de services spécialisés extérieurs à l'entreprise qui sont assurés par des prestataires formés aux interventions dans le domaine de la protection et de la prévention.

Le Titre V de la loi – « Analyse des accidents du travail » - a ceci de nouveau qu'il range les accidents en quatre catégories en fonction des conséquences que provoque l'accident et du nombre de personnes touchées. Le Titre VI indique quels groupes sont réputés vulnérables et bénéficient de ce fait d'une protection spéciale - femmes enceintes ou allaitantes, mineurs, personnes handicapées - et quelles sont les mesures particulières que doit prendre l'employeur pour adapter le lieu de travail à ces catégories de travailleurs afin de prévenir les risques liés à leur activité professionnelle.

L'article 19, par. 1 (a, b, c) de la loi précise à quel moment doivent être formés les travailleurs. L'employeur doit en effet s'assurer, avant l'embauche et en cours d'emploi, que chaque travailleur (qu'il s'agisse d'un contrat à temps complet ou à temps partiel) ait reçu la nécessaire formation aux technologies nouvelles ou aux équipements professionnels qu'il aura à utiliser, et ce avant son entrée en fonction ou lorsque les méthodes de travail changent et font courir un risque qui affecte la santé et le niveau de protection, ainsi qu'en cas de transfert et de modification de poste. La concertation entre les partenaires sociaux sur les questions liées à la santé et à la sécurité au travail doit se dérouler au sein de l'institution en charge du dialogue social, c.-à-d. le Conseil national des travailleurs, ainsi qu'au sein de la commission tripartite spécialisée dans les questions de santé et de sécurité au travail. L'article 200, par. 3, du code du travail dispose que les consultations porteront plus particulièrement sur l'élaboration et la mise en œuvre de la législation du travail, sur les modifications du code du travail et du contenu des décrets d'application, ainsi que sur les politiques et sur les organisations internationales qui s'occupent de ... la protection, de l'hygiène et de la sécurité sur le plan technique des travailleurs ..., et du respect des normes de l'OIT. L'une des formes de concertation les plus utilisées par les partenaires sociaux pour ce qui concerne les questions de santé et de sécurité au travail est celle qui intervient lors des négociations en vue de la conclusion des conventions collectives. Ces discussions débouchent sur l'établissement d'un certain nombre de prescriptions concernant les droits et obligations des parties en matière de santé et de sécurité au travail – il s'agit là d'un volet très important des conventions collectives au regard du Titre VIII du code du travail albanais. »

23. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 3§2 CHYPRE

Le Comité conclut que la situation de Chypre n'est pas conforme à l'article 3§2 de la Charte révisée, au motif que les employés de maison ne sont toujours protégés par aucune réglementation en matière de santé et de sécurité au travail.

24. La représentante de Chypre indique que la législation relative à la santé et la sécurité au travail est en voie d'être modifiée afin de couvrir les employées de maison. L'adoption par le Parlement est attendue dès que le projet de loi aura été validé par la commission parlementaire compétente.

25. Le Comité invite le gouvernement de Chypre à mettre la situation en conformité avec l'article 3§2 de la Charte révisée.

CSR 3§2 FRANCE

Le Comité conclut que la situation de la France n'est pas conforme à l'article 3§2 de la Charte révisée en raison de la protection incomplète des travailleurs indépendants.

26. La représentante de la France indique qu'une évaluation des problèmes de sécurité juridique posés par le travail indépendant a été effectuée en 2007. Toutefois, le rapport de cette évaluation ne contient pas de recommandations relatives à la santé et la sécurité des travailleurs indépendants. Elle ajoute qu'un plan d'action sur la santé au travail va être mis en œuvre entre 2010 et 2014 afin d'améliorer la santé et la sécurité de différentes catégories de travailleurs, dont les travailleurs indépendants.

27. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 3§2 MOLDOVA

Le Comité conclut que la situation de la Moldova n'est pas conforme à l'article 3§2 de la Charte révisée aux motifs qu'il n'a pas été établi qu'il existe une législation portant spécifiquement sur les principaux risques professionnels, ni que les travailleurs temporaires et indépendants sont protégés de manière adéquate par la réglementation sur la santé et sécurité au travail.

28. La représentante de la Moldova a fourni par écrit les informations suivantes :

« Pour assurer l'application de la Loi de la sécurité et de la santé au travail, la Décision du Gouvernement nr. 95 du 02 février 2009 a approuvé le Règlement sur le mode d'organisation des activités de protection des travailleurs aux lieux de travail et sur la prévention des risques professionnels et le Règlement -cadre d'organisation et de fonctionnement du Comité pour la sécurité et la santé au travail.

Le Règlement sur le mode d'organisation des activités de protection des travailleurs aux lieux de travail et sur la prévention des risques professionnels prévoit les modalités d'organisation des activités de protection et de prévention ; les exigences par rapport aux personnes désignées à exécuter des travaux de protection et de prévention ; les exigences de constitution et de fonctionnement des services internes et externe de protection et de prévention, l'institution des représentants des travailleurs ayant des attributions spécifiques en matière de sécurité et de santé au travail ; les exigences minimales de formation et d'instruction en matière de sécurité et de santé au travail.

En vertu de ce Règlement les activités de protection et de prévention sont déterminées par les résultats d'évaluation des risques professionnels et sont réalisées en conformité avec un plan d'action élaboré au niveau d'entreprise.

Le Règlement -cadre d'organisation et de fonctionnement du Comité pour la sécurité et la santé au travail prévoit que le Comité pour la sécurité et la santé au travail assure la coopération de l'employeur et des travailleurs pour identifier les mesures sur l'assurance de la sécurité et la santé des travailleurs au lieu de travail. Le Comité est institué à l'initiative de n'importe quelle partie, en respectant le principe de parité, des représentants de l'employeur et des représentants des travailleurs ayant des responsabilités spécifiques en matière de sécurité et de santé au travail. Dans le cas où l'entreprise a des sous divisions dispersées en territoire, plusieurs comités peuvent être institués.

Le 5 mai 2010, la Décision du Gouvernement nr. **353** a approuvé les exigences minimales de sécurité et de santé au travail.

Il faut mentionner que la Loi de la sécurité et de la santé au travail ne fait pas distinction entre les travailleurs temporaires et ceux permanents. Le cadre législatif et normatif sur la sécurité et la santé au travail est appliqué dans tous les domaines d'activités tant publiques que privées aux:

- employeurs ;
- travailleurs ;
- représentants des travailleurs ;
- aux personnes qui sollicitent un emploi, se trouvant au sein de l'entreprise avec l'autorisation de l'employeur, lors de vérification préalable des aptitudes professionnelles ;
- personnes qui exécutent des travaux non rémunérés en faveur de la communauté ou des activités en régime de volontariat ;
- aux personnes qui n'ont pas de contrats individuels de travail écrits pour lesquelles la preuve des clauses contractuelles et des prestations effectuées peut être faite par n'importe quel moyen ;
- personnes qui durant leur peine dans des lieux de détention, travaillent dans des ateliers des institutions pénitentiaires ou aux d'autres lieux de travail ;
- aux chômeurs, au cours de leur participation à une formation professionnelle.

Actuellement le Gouvernement entreprend des actions pour amender et compléter la législation nationale de manière que la législation sur la sécurité et la santé au travail couvre aussi les travailleurs indépendants.

Pour compléter les mécanismes d'application de la Loi sur la sécurité et la santé au travail des actes normatifs suivants sont en train d'être élaborés :

Exigences minimales de sécurité et de santé au travail ;

Exigences minimales de sécurité et de santé concernant l'exposition des travailleurs aux risques générés par les vibrations ;

Exigences minimales de sécurité et de santé concernant l'exposition des travailleurs aux risques générés par le bruit ;

Exigences minimales de sécurité et de santé concernant l'exposition des travailleurs aux risques générés par les champs électromagnétiques ;

Exigences minimales de sécurité et de santé pour la manipulation des charges qui représente des risques, et en particulier dorsolombaires, pour les travailleurs ;

Exigences minimales pour les activités de protection des travailleurs aux lieux de travail et de prévention des risques professionnels ;

Normes sur l'assurance de la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs contre les risques liés à la présence des agents chimiques au travail ;

Normes sur l'assurance de la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'asbeste ;

Normes sur l'assurance de la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs contre les risques liés à l'exposition aux agents cancérigènes et mutagènes au travail ;

Normes de la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition aux agents biologiques, et d'autres. »

29. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 3§2 ROUMANIE

Le Comité conclut que la situation de la Roumanie n'est pas conforme à l'article 3§2 de la Charte révisée, au motif que les employés de maison ne sont pas couverts par la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail.

30. La représentante de la Roumanie indique que la possibilité d'étendre l'application de la législation relative à la santé et la sécurité au travail aux employés de maison est à l'étude. Elle ajoute cependant qu'il n'y a à ce jour aucun calendrier pour ces éventuelles modifications.

31. Le Comité invite le gouvernement de la Roumanie à mettre la situation en conformité avec l'article 3§2 de la Charte révisée.

Article 3§3 – Application des règlements de sécurité et d'hygiène

CSR 3§3 ALBANIE

Le Comité conclut que la situation de l'Albanie n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte révisée en raison de l'absence d'un système d'inspection du travail efficace.

32. La représentante de l'Albanie a fourni par écrit les informations suivantes :

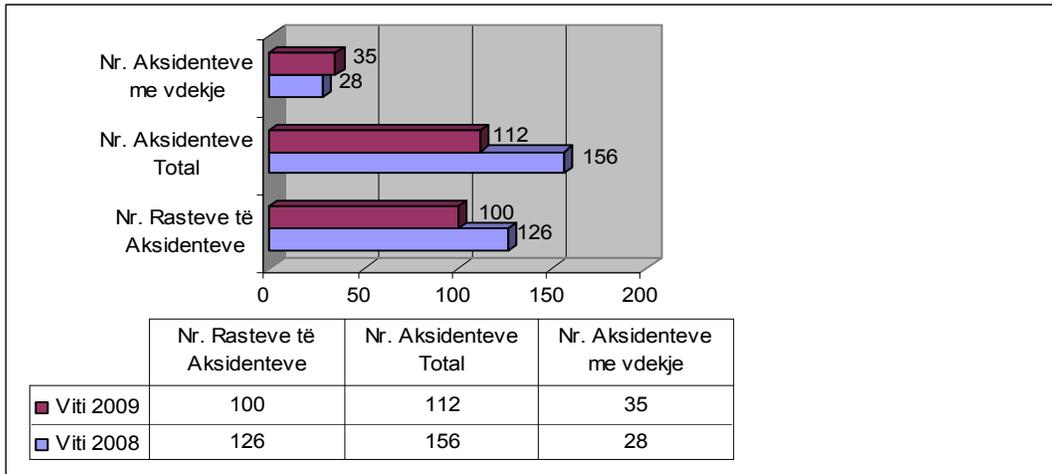
« Afin d'assurer la protection des travailleurs contre les substances dangereuses, le Conseil des Ministres a arrêté la Décision n° 100 du 2 février 2008 relative à la définition de ces substances, texte valable pour les titulaires de contrats à temps complet comme à temps partiel. Tous les inspecteurs du travail ont suivi une formation pour l'application de cette décision.

Données relatives aux accidents du travail et à la médecine du travail

Le nombre d'accidents enregistrés par les services de l'Inspection du travail en 2009 et dans les premiers mois de 2010 est peu élevé, du fait que les entreprises ne les signalent pas tous. La loi sur la

santé et la sécurité au travail permettra de dresser un tableau réel de la situation car elle prévoit l'établissement au sein des entreprises d'un conseil pour la santé et la sécurité au travail ou la désignation de représentants des travailleurs, de sorte que les entreprises ne pourront plus taire les accidents dont elles sont le théâtre.

En 2009, tous types d'activités confondus, 100 accidents ont été enregistrés ; ils ont impliqué 112 travailleurs et se sont soldés par le décès de 35 d'entre eux. Le graphique ci-après présente des données comparatives sur les accidents survenus en 2008 et 2009.

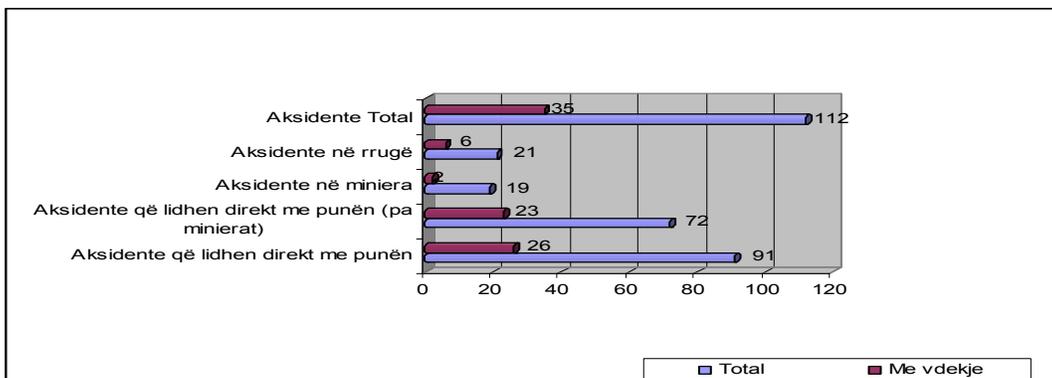


Traduction de la légende du graphique :

Nr. i aksidenteve me vdekje – nombre de décès
 Numri i aksidenteve total – nombre total d'accidents
 Nr. i rasteve te aksidenteve – nombre de victimes

Autre forme de classification des accidents :

Type d'accidents	Nb total de victimes	Nb de décès
1. Accidents directement liés au travail	81.2 %	26(74.3 %)
2. Accidents directement liés au travail (hors secteur minier)	72 (64.3 %)	23(65.7 %)
3. Accidents dans le secteur minier	19 (17%)	3 (8.6 %)
4. Accidents de trajet	21 (18.7%)	6 (17.1%)
TOTAL	112	35



Traduction du graphique : aksidente tota – nombre total d'accidents
 aksidente ne rruge – accidents de trajet
 aksidente ne miniera – accidents dans le secteur minier
 aksidente qe lidhen direkt me punen - Accidents directement liés au travail (hors secteur minier)

aksidente qe lidhen direkt me punes - Accidents directement liés au travail
total – total
me vdekje - décès

Accidents de trajet

En 2009, 21 accidents de trajet (accidents automobiles) ont été comptabilisés, soit 18,7% du nombre total d'accidents ; six d'entre eux ont été des accidents mortels, qui représentent 17,1% du nombre total de décès. Par rapport à 2008, le nombre total d'accidents est demeuré inchangé, mais le nombre d'accidents de trajet mortels a doublé (passant de trois à six décès).

Classification des accidents par type d'activités :

Type d'activités	Nb d'accidents	Nb de décès
1. Agriculture, sylviculture, pêche	-	-
2. Mines et carrières	19	3
3. Entreprises manufacturières	27	5
4. Electricité, gaz, eau	11	4
5. Commerce, BRH	8	4
6. Bâtiment	25	13
7. Transports	3	-
8. Finances, services	3	2
9. Autres activités	16	4
TOTAL	112	35

On voit donc que les secteurs les plus touchés – ceux qui ont enregistré un nombre important d'accidents du travail - sont **le bâtiment, les entreprises manufacturières et les mines**; c'est le secteur du bâtiment qui a enregistré le plus grand nombre d'accidents mortels (37,1% du total des décès). **Il est à souligner que les accidents survenus dans le secteur de la construction sont dus pour la plupart à des chutes de hauteur, les entreprises n'ayant pas pris de mesures suffisantes pour assurer la protection des travailleurs à titre collectif et individuel.** accidents de trajet sont essentiellement consignés dans la rubrique « autres activités ».

Ventilation des accidents par préfecture :

Préfecture	Nb d'accidents	Nb de victimes	Décès
1. Berat	6	6	3
2. Dibër	15	18	2
3. Durrës	7	7	3
4. Elbasan	15	20	3
5. Fier	3	3	1
6. Korçë	6	6	1
7. Kukës	4	4	3
8. Lezhë	5	6	2
9. Gjirokastrë	2	2	1
10. Shkodër	4	4	3
11. Tirana	21	23	9
12. Vlorë	13	13	4
TOTAL	100	112	35

Ventilation mensuelle des accidents du travail

Mois	Nombre total de victimes	Décès
1. Janvier	15	2
2. Février	9	4
3. Mars	8	2
4. Avril	7	2
5. Mai	11	3
6. Juin	5	1
7. Juillet	14	6
8. Août	17	4
9. Septembre	9	2
10. Octobre	9	5

11. Novembre	5	2
12. Décembre	3	2
TOTAL	112	35

Décès

Trente-cinq accidents ayant entraîné la mort d'un travailleur ont été relevés, soit 30,9% du nombre total d'accidents enregistrés. Les décès sont survenus pour l'essentiel dans le secteur du bâtiment (13 cas, soit 37,1% du nombre total de décès), dans les mines (3 cas - 8,6%), dans les entreprises manufacturières (5 cas - 14,2%), et dans le secteur de l'électricité, du gaz et de l'eau (4 cas - 7,2%).

En 2009, 21 personnes ont été victimes d'un accident du trajet ; six d'entre elles ont perdu la vie.

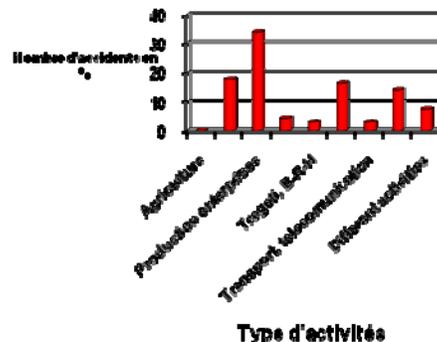
La répartition par sexe des victimes d'accidents montre que les femmes forment 9,6% des victimes et les hommes 90,4%.

La ventilation des accidents par type d'activité fait apparaître qu'en 2009, les secteurs les plus touchés étaient **le bâtiment, les entreprises manufacturières et les mines**.

L'analyse des causes des accidents révèle qu'ils sont surtout dus à des chutes de hauteur – en particulier dans le secteur du bâtiment –, à des coups et chocs divers, à des explosions de gaz, à des mauvaises manipulations d'outils et équipements, à des électrocutions, à des pertes d'équilibre, etc.

Le graphique ci-après présente la ventilation des accidents par type d'activités

Classification par type d'activité



Le nombre de jours d'absence consécutifs à un accident du travail établi tel qu'il ressort des Statistiques européennes sur les accidents du travail s'établit, selon les informations disponibles à ce jour, comme suit.

Nb.	Code	Durée	Nombre d'accidents
1	A-01	4-6 jours	2
2	A-02	7-13 jours	4
3	A-03	14-20 jours	4
4	A-04	21 jours-1 mois	5
5	A-05	1-3 mois	21
6	A-06	3-6 mois	14
7	A-07	plus de 6 mois	4
8	A-08	Décès	35
9	A-09	pas d'information	24

Sanctions

En 2009, 201 sanctions ont été infligées pour un montant total de 32,538 millions de leks ; sur ce total, 128 sanctions (63,7%) pour une somme totale de 22,162 millions de leks (68,1%) ont été consécutives à une infraction à la réglementation relative à la santé et à la sécurité au travail. Trente sanctions (14,9%) représentant un montant total de 6 308 000 leks (19,4%) ont été imposées à la suite d'accidents du travail.

Statistiques relatives aux accidents survenus en janvier – février 2010

En février 2010, treize accidents impliquant des travailleurs ont été enregistrés, dont sept mortels –l'un d'eux étant un accident du trajet. Le tableau ci-après indique les secteurs d'activité et les préfectures dans lesquels ils sont survenus.

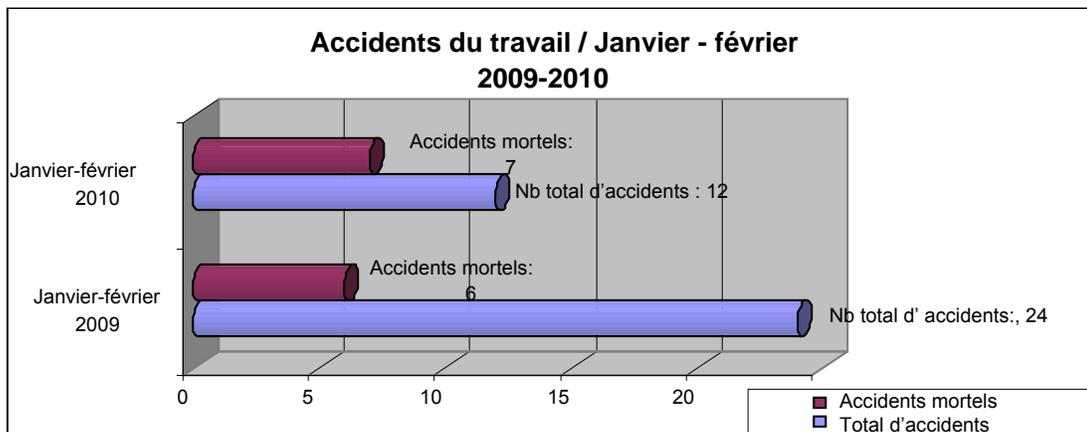
Type d'activités	Nb de victimes	Décès
1. Agriculture, sylviculture, pêches	-	-
2. Mines et carrières	3	1
3. Entreprises manufacturières	3	1
4. Electricité, gaz, eau	1	1
5. Commerce	1	-
6. Bâtiment	4	3
7. Transports	-	-
8. Finances, services	-	-
9. Autres activités	1	1
TOTAL	13	7

Ventilation des accidents par préfecture :

Préfecture	Nb d'accidents	Nb de victimes	Décès
1. Berat	-	-	-
2. Dibër	2	2	-
3. Durrës	3	3	3
4. Elbasan	-	-	-
5. Fier	-	-	-
6. Korçë	2	2	1
7. Kukës	1	1	1
8. Lezhë	-	-	-
9. Gjirokastrër	1	1	-
10. Shkodër	1	1	-
11. Tirana	2	2	1
12. Vlorë	-	-	-
13. Saranda	1	1	1
TOTAL	13	13	7

Ventilation mensuelle des accidents du travail :

Mois	Année	Nb total de victimes	Décès
Janvier - février	2010	13	7
Janvier - février	2009	24	6



Accidents mortels - Décès

En comparant les données pour les mois de janvier et février 2009 et 2010, on constate que le nombre de victimes d'accidents du travail a baissé de 45,8%, tandis que le nombre de décès a augmenté de 14,2%.

On peut également classer les accidents du travail comme suit.

Type d'accidents	Nb total de victimes	Décès
1. <i>Accidents directement liés au travail</i>	12	4
2. <i>Accidents directement liés au travail (hors secteur minier)</i>	10	6
3. <i>Accidents dans le secteur minier</i>	2	-
4. <i>Accidents de trajet</i>	1	1
TOTAL	13	7

Services de l'Inspection du travail. Les résultats obtenus par les services de l'Inspection du travail en 2009 ont été comparables à ceux enregistrés en 2008 ; dans le même temps, les indicateurs de mesure de leur activité montrent que leurs interventions ont été plus nombreuses sur les deux premiers mois de 2010 qu'au cours de la même période en 2009.

Les services de l'Inspection du travail emploient 167 agents, dont 122 inspecteurs et contrôleurs.

- En 2009, tous les indicateurs de mesure des activités d'inspection ont progressé. Ainsi :
- En 2009, 11 724 entreprises représentant un total de 128 395 travailleurs ont été contrôlées, soit 1304 de plus qu'en 2008.
- Le nombre de médecins employés dans des entreprises de plus de quinze salariés a continué d'augmenter ; pour la seule période de janvier – février 2010, il a augmenté de 30%.
- L'effort de sensibilisation des travailleurs s'est traduit par une hausse des plaintes adressées à l'Institut de Santé publique ; il a été saisi de 74 plaintes en 2009, les salariés ayant obtenu gain de cause dans 90% d'entre elles.
- En 2009 et au cours des deux premiers mois de 2010, plus de 90% des amendes infligées l'ont été pour des motifs tenant aux conditions d'hygiène et de sécurité.
- L'Inspection du travail s'était fixée pour objectif d'intensifier les contrôles dans les entreprises présentant un risque élevé d'accident pour les salariés, comme c'est le cas dans les carrières. En 2009, le nombre d'entreprises contrôlées dans ce secteur a ainsi été multiplié par trois par rapport à 2008 (68 entreprises en 2008, 218 en 2009) ; dans le secteur du gaz et de l'électricité, il a été multiplié par 1,5 (75 entreprises contrôlées en 2008, 117 en 2009).
- Le nombre de visites d'inspection tel qu'il s'établit sur les deux premiers mois de 2010 a augmenté par rapport à la même période en 2009: 2 532 entreprises totalisant 21 117 travailleurs ont été contrôlées en 2010, contre 1 825 (17 679 travailleurs) en 2009.
- En janvier - février 2010, 116 amendes ont été infligées pour un montant total de 14,960 millions de leks ; en janvier – février 2009, 26 amendes avaient été infligées, pour un montant total de 4,097 millions de leks.
- Durant les deux premiers mois de 2010, treize inspections consécutives à une plainte ont été menées, contre neuf pour la même période en 2009 (signe d'une sensibilisation accrue des travailleurs).
- Au cours des deux premiers mois de 2010, sept visites de contrôle ont été effectuées après 22 heures, contre deux seulement en 2009.
- En janvier – février 2010, le nombre d'accidents du travail a reculé de 45,8% par rapport à la même période en 2009.
- Le projet CARD a jeté les bases d'un service moderne d'Inspection du travail conforme aux règles qu'exige l'intégration européenne.
- L'Institut de Santé publique s'est déjà doté d'un plan d'action répondant aux normes actuelles, qui définit un certain nombre de tâches à mener à bien et précise les moyens à mettre en œuvre pour ce faire.
- Dans le cadre de ce plan d'action, la santé et la sécurité au travail, qui constituent l'un des volets les plus avancés et les plus importants de la politique sociale de l'UE, sont devenus une priorité de l'Inspection du travail.
- Dans ce contexte, l'Albanie a arrêté une « Stratégie nationale en matière de santé et de sécurité au travail ».
- Une loi sur la santé et la sécurité au travail a été rédigée.
- Pour répondre aux besoins croissants de l'Institut de Santé publique, une nouvelle structure appelée à être déployée au niveau central et à l'échelon local est en préparation.
- La nouvelle structure se verra adjoindre une Direction « programmes et analyses ».

- Cette direction comprendra également un poste axé sur les aspects informatiques.
- L'Institut de Santé publique possède à présent son site Web (www.sli.gov.al).
- Afin de mettre en place les capacités institutionnelles nécessaires et d'améliorer l'efficacité des visites de contrôle, il a été décidé de réaliser un module de formation destiné aux inspecteurs et contrôleurs.
- Un manuel a été rédigé à l'intention des inspecteurs du travail pour les aider à accroître la qualité et l'efficacité de leurs contrôles.
- Des manuels donnant des directives pour l'analyse des accidents et l'évaluation des risques ont été réalisés.
- Un certain nombre de documents ont par ailleurs été imprimés – affiches, textes de loi, stratégies, manuels divers -, à l'usage non seulement des inspecteurs du travail, mais aussi des travailleurs et des employeurs.
- L'Institut de Santé publique est intégré, par le biais de son Centre de coordination, au Réseau européen de sécurité et de santé au travail.
- Dans un souci de sensibilisation, plusieurs formations et ateliers ont été organisés à Tirana, mais aussi dans les autres régions du pays. »

33. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 3§3 BULGARIE

Le Comité conclut que la situation de la Bulgarie n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte révisée, en raison du nombre manifestement élevé d'accidents du travail mortels.

34. La représentante de la Bulgarie a fourni par écrit les informations suivantes :

« Après avoir constamment augmenté au cours de la période 2003-2007, le nombre d'accidents du travail mortels a notablement diminué après 2008, passant de 179 en 2007 à 161 en 2008, puis à 91 en 2009.

Les données opérationnelles de l'Institut national d'assurance (ci-après, l'«INA») font état de l'enregistrement de 2 956 accidents du travail dans le pays en 2009, soit 781 de moins qu'en 2008.

Sur le nombre total d'accidents du travail enregistrés en 2009, 91 ont été mortels (soit 70 de moins qu'en 2008) et 15 ont entraîné une invalidité permanente.

En 2009, le nombre total d'accidents du travail a diminué de 963 par rapport à 2006, de 855 par rapport à 2007 et de 781 par rapport à 2008.

En 2009, le nombre d'accidents du travail mortels a diminué de 48 par rapport à 2006, de 88 par rapport à 2007 et de 70 par rapport à 2008.

Pour ce qui est des accidents ayant entraîné une invalidité, les données opérationnelles de l'INA font état pour 2009 de 16 cas de moins qu'en 2008.

En 2009, le plan d'action de l'Agence exécutive de l'Inspection générale du travail (ci-après, l'«IGT») prévoyait d'opérer des contrôles dans les entreprises dans lesquelles les inspections de 2008 avaient révélé des taux élevés d'accidents du travail.

Les 670 contrôles ainsi effectués dans 628 entreprises ont permis d'établir 3 466 infractions dont 2 483 concernaient le non-respect des normes de santé et de sécurité au travail, 982, la non-observation des dispositions du Code du travail et une, la non-observation des dispositions de la Loi sur la promotion de l'emploi.

Pour remédier aux infractions constatées, il a été prescrit 3 449 mesures administratives coercitives, délivré 346 prescriptions contraignantes et ordonné 14 cessations d'exploitation et d'utilisation d'installations et de machines.

Au cours de l'année 2009, 166 procédures ont été ouvertes pour engager la responsabilité administrative et pénale des auteurs d'infractions aux dispositions de la législation du travail.

Le suivi et le contrôle de l'exécution des mesures prescrites dans les entreprises et la sévérité des inspecteurs du travail envers ceux qui ne respectent pas les règles de sécurité au travail sont deux facteurs essentiels pour limiter et réduire le nombre d'accidents du travail.

Compte tenu des incidences de ces inspections pour les intéressés, l'IGT fait figurer, parmi ses objectifs à long terme, l'amélioration des services administratifs et la qualité de leur activité globale, pour faire respecter davantage les normes de la législation du travail et accroître ainsi sa contribution à la mise en place de conditions de travail sûres, équitables et décentes en Bulgarie. C'est dans cette optique que l'Agence exécutive de l'IGT a établi son Plan d'action stratégique 2008-2012.

L'engagement, la compétence et le professionnalisme du personnel de l'agence revêtent une

importance déterminante pour mieux organiser les inspections et en assurer l'efficacité et l'efficacé.

Le plan d'action à long terme 2008-2012 devrait aider à :

- poursuivre les objectifs de l'agence par ses actions, ainsi que ceux de chaque employé de ses diverses structures ;
- améliorer la qualité et l'efficacité de l'exercice des compétences conférées par la loi à l'IGT ;
- assurer la compatibilité de l'avis et des attentes d'un groupe donné, d'une part, avec les résultats des interventions de l'agence, d'autre part ;
- assurer une meilleure coordination entre les institutions publiques et les organisations ;
- stimuler l'initiative des partenaires sociaux pour prendre en compte leurs idées et projets en faveur de conditions de travail sûres, équitables et décentes ;
- faire mieux comprendre aux citoyens, les fonctions et les activités de l'IGT et améliorer l'image institutionnelle de l'agence.

Pour réaliser les objectifs stratégiques qu'elle s'est fixé, l'IGT entend agir sur deux plans :

- accroître l'efficacité et l'efficacité des activités de contrôle
- renforcer la capacité administrative de l'agence ainsi que les compétences professionnelles des inspecteurs du travail

Cet objectif opérationnel englobe les mesures managériales qui contribueront à l'efficacité opérationnelle et à la validation institutionnelle de l'IGT. La capacité administrative de l'agence sera renforcée par la mise en place de systèmes de gestion actualisés, par l'étude de l'expérience acquise par d'autres institutions de nature similaire, ainsi que par la validation des bonnes pratiques dans le dispositif de l'Inspection du travail.

L'IGT s'engage à garantir à ses employés les conditions de travail et le perfectionnement professionnel dont ils ont besoin pour pouvoir œuvrer chacun à son niveau à la réalisation des objectifs stratégiques de l'Agence. Elle entend se doter d'effectifs très motivés, et doués d'une grande faculté d'adaptation, très professionnels et très compétents. Cet objectif pourrait être atteint grâce à la formation permanente et au perfectionnement professionnel dans le dispositif de gestion des connaissances.

L'IGT veillera, en outre, à ce que le travail des inspecteurs soit rémunéré de façon adéquate, de manière à accroître leur motivation.

- améliorer et renforcer l'image institutionnelle de l'Inspection du travail;
- élargir la coopération internationale afin de garantir une interaction fructueuse et de favoriser l'échange d'expériences avec les services d'inspection du travail de la région et des États membres de l'Union européenne.»

35. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 3§3 ITALIE

Le Comité conclut que la situation de l'Italie n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte révisée, au motif que l'efficacité des services de l'Inspection du travail pour ce qui concerne la santé et la sécurité au travail n'a pas été établie.

36. La représentante de l'Italie a fourni par écrit les informations suivantes :

« Le Comité s'est plaint de l'absence d'informations portant expressément sur les activités de l'Inspection du travail en matière de santé et de sécurité.

Nous présentons ci-après les données fournies par le Service Prévention de la Commission locale de la santé

Données	(2005)	(2006)	(2007)
Nombre total d'inspections effectuées en matière de santé et de sécurité	94.348	154.422	174.711
Nombre d'entreprises inspectées (bâtiment, agriculture et autres secteurs)	68.343	98.002	111.800
Nombre total d'infractions signifiées (décret loi N°758/94) Décret-loi N°758/94	43.366	63.301	69.901
Nombre total d'infractions auxquelles il a été remédié	<i>Données non disponibles</i>	40.108	56.385

Légende :

Nombre total d'inspections

Il s'agit du nombre total d'inspections (première et seconde inspection, inspection pour levée de séquestre, inspection pour enquête en cas d'accidents et maladies professionnelles).

Nombre total d'entreprises inspectées

Il s'agit du nombre total d'entreprises faisant l'objet d'un contrôle de la part des services de l'Inspection du travail, indépendamment de l'issue et de la raison de l'inspection.»

37. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 3§3 MALTE

Le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte révisée au motif que l'efficacité des services d'inspection du travail effectifs n'a pas été établie.

38. Le représentant de Malte a fourni par écrit les informations suivantes :

« Les données officielles relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles sont recueillies par le ministère de la Sécurité sociale et comptabilisées par l'Office national des statistiques. Les chiffres concernant les accidents du travail, exprimés en ratios (nombre d'accidents pour 100 000 travailleurs), traduisent une baisse constante du nombre de ces accidents :

2008 : 2 296 accidents pour 100 000 travailleurs ;

2007 : 2 774 accidents pour 100 000 travailleurs ;

2006 : 3 004 accidents pour 100 000 travailleurs ;

2005 : 3 105 accidents pour 100 000 travailleurs.

Les chiffres ci-dessus sont établis à partir des données corrigées de l'Office national des statistiques concernant le nombre de personnes occupant un emploi.

Le nombre d'accidents mortels (et non les ratios, étant donné le peu d'accidents signalés) se présente comme suit :

2008 : 3 décès

2007 : 7 décès

2006 : 7 décès

2005 : 6 décès.

(En 2004 et 2003, ces chiffres étaient plus élevés : 12 accidents mortels en 2004 et 13 en 2003.)

Le nombre de cas officiellement déclarés de maladies professionnelles demeure à l'évidence peu important. Les services de l'Inspection du travail (ci-après, l'«OHSA») ont commandité une étude à ce sujet, dans le cadre du projet du FSE (déjà évoqué précédemment).

Aux termes de la loi XXVII de 2000, les inspecteurs peuvent formuler une injonction écrite ou verbale de protéger la santé et la sécurité des travailleurs ; tout un chacun est tenu de respecter cette injonction jusqu'à ce qu'elle soit levée par un inspecteur ou par la Commission de recours. La loi habilite en outre les inspecteurs à fermer tout ou partie d'un lieu de travail.

Aujourd'hui le recueil de données ne s'opère pas lors des visites d'inspection de l'OHSA. Ce sera le cas, lorsque le système informatique de gestion, en cours d'élaboration, sera en place.

Effectifs de l'OHSA (2009) :

- total des effectifs : 26
- cadres : 7
- personnel de secrétariat / assistants : 8
- inspecteurs (grades divers) : 11.

	2007	2008	2009
Nombre total de visites d'inspection	1274	2022	2022
Nombre d'injonctions de prendre des mesures correctives	240	64	n.d.*
Nombre d'injonctions de cessation d'activité	53	105	n.d.*
Nombre de dossiers transmis au parquet	118	128	191

* n.d. – Données non encore comptabilisées, dans l'attente du dépouillement des rapports d'inspection établis pour chaque lieu de travail inspecté.

Observations de l'OHSa : l'efficacité se juge aux résultats. La baisse du nombre d'accidents et de blessures est incontestable. La population est davantage sensibilisée à la question comme l'atteste une récente enquête de l'Union européenne dont il ressort les personnes interrogées à Malte sont très conscientes de l'intérêt et des effets bénéfiques que représentent la santé et la sécurité au travail – Malte se classe en deuxième position parmi les Etats membres pour l'importance accordée à ces considérations dans les choix professionnels. D'autre part, 72 % des Maltais interrogés estiment que le niveau de santé et de sécurité au travail s'est amélioré ces cinq dernières années (Malte se place à cet égard au quatrième rang des Etats membres), et 17 % seulement pensent qu'il a régressé. 41 % des Maltais interrogés s'attendent à une détérioration de la situation en la matière en raison de la conjoncture économique actuelle (contre 61% pour l'ensemble des Européens), et 59 % estiment être bien informés des risques propres à la santé et à la sécurité au travail (la moyenne européenne étant de 66 %).

L'OHSa a par ailleurs reçu la visite d'une mission d'évaluation mandatée par le Comité des Hauts responsables de l'Inspection du travail (CHRIT) agissant pour le compte de la Commission européenne. Dans leur rapport final, les membres de la mission indiquent que les services de l'OHSa observent les Principes communs d'inspection du CHRIT, qui portent, en autres, sur le rôle et les fonctions d'un système d'inspection et son efficacité.

1. *Prière de décrire le cadre juridique général. Précisez la nature, les raisons et l'étendue des changements opérés.*

L'OHSa considère que l'une de ses principales fonctions est d'assurer l'application des dispositions prévues en la matière – l'objectif étant de veiller à ce que les responsables des questions de santé et de sécurité maîtrisent effectivement les risques sur le lieu de travail et prennent, à cet effet, des mesures proportionnées au niveau de risque. A défaut, c'est à l'instance d'exécution de prendre les mesures judiciaires ou autres, prévues par la loi.

L'expression « contrôle de l'application des dispositions » (en anglais « enforcement ») se prête à une interprétation très large; le plus souvent, on considère toutefois qu'elle recouvre toutes les interactions entre les autorités chargées de contrôler l'application des dispositions pertinentes et les responsables en la matière – employeurs, salariés, travailleurs indépendants, personnes compétentes dûment désignées, ou représentants des travailleurs pour les questions touchant à la santé et à la sécurité au travail. Elle n'est pas à prendre exclusivement au sens d'action coercitive revêtant, par exemple, la forme de poursuites, elle peut aussi recouvrir la fourniture de conseils et d'informations, ou la délivrance par un inspecteur d'un avertissement ou d'une injonction.

Comme par le passé, l'OHSa continue de se préoccuper prioritairement des activités professionnelles présentant les risques les plus élevés, ce qui signifie concrètement que ses services ne peuvent répondre à toutes les demandes dont ils sont saisis pour faire respecter toutes les dispositions, législatives et autres. L'OHSa a par ailleurs accru le recours aux mesures à prendre en dernier ressort dans la hiérarchie des moyens à sa disposition, à savoir l'ouverture de procédures judiciaires.

Les poursuites engagées par l'OHSa relèvent le plus souvent des juridictions pénales. L'OHSa a également apporté son concours à la police dans des actions pénales et témoigné lors de diverses instances introduites par des tiers auprès de juridictions civiles.

Il est clair cependant que vu ses effectifs restreints, ses inspecteurs ne peuvent être présents partout tout le temps, aussi mène-t-elle périodiquement des campagnes d'inspection sur des points spécifiques.

L'OHSa a désigné un certain nombre d'inspecteurs qui, au regard du Code pénal, sont habilités à représenter l'autorité publique et sont donc protégés par la loi dans l'exercice de leurs fonctions. La loi leur confère par ailleurs un certain nombre de prérogatives :

- 1) ils peuvent accéder librement, à tout moment et sans préavis, à tout lieu de travail, de jour comme de nuit ;
- 2) ils peuvent vérifier tout document exigé par telle ou telle réglementation en matière de santé et sécurité au travail ;
- 3) ils peuvent délivrer à toute personne concernée des injonctions de préserver la santé et la sécurité au travail ;
- 4) ils peuvent effectuer des inspections pour vérifier le maintien des niveaux exigés en matière de santé et de sécurité au travail.

1. **Accidents du travail** – Les statistiques concernant le nombre de demandes relatives à des accidents du travail au cours de la période de référence font l'objet de l'annexe II.

2. **Accidents mortels du travail** – La liste complète des décès survenus au cours de la période de référence à la suite d'un accident du travail fait l'objet de l'annexe III.

3. **Maladies professionnelles** – L'incidence des problèmes de santé reste difficile à déterminer. On sait que beaucoup ne sont pas signalés, pour diverses raisons, dont une connaissance insuffisante des obligations légales et, surtout, le non-établissement d'un lien entre l'activité professionnelle exercée et le problème de santé qui en résulte, à quoi s'ajoute l'imprécision du cadre juridique concernant les maladies liées au travail.

4. **Activités des services de l'Inspection du travail** au cours de la période de référence – Elles font l'objet de l'annexe IV.

Selon la législation en vigueur, c'est à l'employeur qu'il incombe de mettre en place un système de surveillance et de suivi sanitaire ; il peut, pour ce faire, choisir de faire suivre ses salariés dans le cadre du système national de santé, ou faire appel à des médecins du secteur privé dûment qualifiés.

Dans le système national de santé, les travailleurs peuvent être examinés par des spécialistes ou être dirigés vers le Service de médecine du travail qui dépend de la Division de la santé.

Ce dernier a lui aussi la possibilité, s'il y a lieu, d'adresser les travailleurs à des praticiens spécialisés.

L'OHSA joue ici un rôle consultatif ; ses services doivent s'assurer que des dispositions ont été prises pour organiser le suivi médical des salariés. Elle propose aussi une formation aux praticiens (tant aux étudiants en médecine qu'aux médecins sous contrat avec des entreprises).

Pour promouvoir l'enseignement postuniversitaire, l'OHSA s'emploie à lancer, avec l'Université de Malte, un diplôme postuniversitaire de médecine du travail dont la préparation sera assurée selon une formule d'enseignement à distance.

La Division de la santé a également mis sur pied un dispositif d'accréditation des spécialités médicales avec le concours de l'OHSA pour l'accréditation de la médecine du travail, en tant que spécialité à part entière.

Pour certains risques (exposition à l'amiante et aux radiations ionisantes), l'OHSA a recours à des mesures de contrôle spécifiques : ses services enregistrent les travailleurs exposés à ces risques et veillent à ce qu'ils soient formés et suivis médicalement pour pouvoir détecter les premiers signes de la maladie que pourrait provoquer l'exposition.

L'OHSA propose également des formations ciblées (sécurité des produits chimiques, stress au travail) et publie des brochures d'information destinées à diminuer les risques de maladies professionnelles. En outre, ses services organisent régulièrement des actions de sensibilisation qui mettent en avant le lien entre travail et santé, et vice-versa.»

39. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 3§3 MOLDOVA

Le Comité conclut que la situation de la Moldova n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte révisée au motif qu'il n'a pas été établi qu'il existe un système de déclaration des accidents du travail et un système d'inspection du travail efficaces.

40. La représentante de la Moldova a fourni par écrit les informations suivantes :

« L'Inspection du Travail développe son activité en conformité avec la Loi n 140-XV du 10 mai 2001 avec le Règlement sur l'Inspection du travail. En vertu des actes cités l'Inspection du Travail exécute des contrôles du respect de la législation du travail aux entreprises, aux institutions et aux organisations, de n'importe quel type de propriété et de forme juridique d'organisation, ainsi qu'aux autorités de l'administration publique centrale et locale.

L'effectif et l'organigramme de l'Inspection du Travail sont présentés en annexes.

De cette manière, en vertu de ces actes, en exerçant leurs fonction, les inspecteurs du travail, après avoir présenté leur légitimation ont les droits de

pénétrer librement, a tout moment du jour ou du nuits, sans informer en préalable l'employeur, aux lieux de travail, dans les bâtiments de service set de production;

solliciter et de recevoir de l'employeur des acte set des informations nécessaires au contrôle;

solliciter et de recevoir, dans les limites de compétence, des déclarations de la part de l'employeur et des travailleurs;

demander la liquidation immédiate ou dans un certain délai des violations constatées des actes législatifs concernant les conditions de travail et la protection des travailleurs lors de l'exécution de leurs fonctions;

constater par les procès verbaux des contreventions dans le domaine de travail, de la sécurité et de la santé au travail.

L'inspecteur de travail a aussi le droit de disposer la cesse de fonctionnement (y compris en appliquant des scelles) des entreprises, des institutions, des organisations, des ateliers, des secteurs, des bâtiments, des édifices et des équipements techniques, ainsi que la cesse des travaux et des procès technologiques qui ne correspondent pas aux normes de la protection du travail et qui représentent un danger imminent d'accident.

Au mois de mars 2010 le Parlement a opéré des amendements à la Loi sur l'Inspection du Travail. Ces amendements visent le mode, les conditions et la procédure des contrôles d'Etat du respect de la législation du travail, de la sécurité et de la santé au travail.

Comme suite des amendements opérés le contrôle d'Etat du respect des accès législatifs et normatifs en matière de travail a comme but la vérification du mode dont l'employeur (personne représentante) respecte la législation du travail, de la sécurité et de la santé au travail ; l'octroi de l'assistance consultative et méthodologiques a l'employeur (a la personne représentante) pour identifier les voies d'application efficace de la législation et de prévention des violations, des voies de liquidation des violations, dans le cas de leur constat; la sanction des illégalités.

Le contrôle du respect des actes législatifs et normatifs du domaine du travail est réalisé par : le contrôle de fond, ayant comme but la vérification intégrale du respect de la législation du travail, de la sécurité et de la santé au travail ; le contrôle thématique, ayant comme but la vérification du respect de la législation du travail, de la sécurité et de la santé au travail au cours de certaine périodes de temps ou dans certains secteurs d'activité, ainsi que la vérification du respect de certains aspect de la législation du travail, de la sécurité et de la santé au travail; le contrôle inopiné qui a lieu lors de :

- l'examen des plaintes, des saisies qui invoquent la violation de la législation du travail, de la sécurité et de la santé au travail;
- la solution opérative de certains cas de non-respect évident de la législation du travail, de la sécurité et de la santé au travail;
- l'enquête des accidents du travail.

Le contrôle répété peut être effectuée a l'expiration du délai fixé lors du contrôle antérieur de l'inspecteur du travail pour liquider les violations, pour l'exécution des prescriptions et la mise en conformité avec les prévisions légales. Le contrôle répété peut être effectué tant de fois qu'il pourrait être nécessaire pour assurer le respect de la législation du travail, de la sécurité et de la santé au travail.

Le contrôle de fond et celui thématique ont lieu en conformité avec le programme annuel d'activité de l'Inspection du Travail, approuvé par l'Inspecteur Generali d'Etat, après la coordination avec le Ministère du Travail, de la Protection Sociale et e la Famille.

Le contrôle de fond et celui thématique peuvent aussi avoir lieu a la de mande de l'employeur (de la personne représentante), du travailleur ou des syndicats.

Le contrôle d'Etat du respect des actes législatifs et normatifs en matière de travail este effectué a la base de la disposition émise par : l'inspecteur général d'Etat du travail; des adjoints de l'inspecteur général d'Etat du travail; de l'inspecteur chef de l'inspectorat territorial du travail' de l'adjoint de l'inspecteur chef de l'inspectorat territorial du travail.

Le contrôle inopiné peut être aussi effectué à l'initiative de l'inspecteur du travail sans disposition de contrôle. Apres ce contrôle inopiné l'inspecteur est obligé a informer son supérieur immédiat.

L'Inspecteur du travail informera l'employeur (la personne représentante) sur sa présence dans l'entreprise avant de procéder au contrôle, sauf le cas ou l'inspecteur détient des informations que l'employeur viole la législation du travail, s'esquive de la liquidation des violations dépistées lors des contrôles antérieurs, n'a pas communique les accidents de travail produits dans l'entreprise.

Le contrôle d'Etat du respect des actes législatifs et normatifs en matière de travail est finalise par la rédaction d'un procès verbal du contrôle, ayant la forme approuvée par l'inspecteur général d'Etat du travail. L'inspecteur du travail dans le procès verbal enregistre brièvement le contenu de la violation constatée, indique les prévisions des actes législatifs ou normatifs violée et dispose la réalisation de la conformation avec les prévisions légales, selon le cas, de manière immédiate ou dans un délai raisonnable.

A la fin du contrôle, quand des violations de la législation du travail ont été dépistées, pour prévenir et éliminer les irrégularités du domaine, les inspecteurs du travail constate par les procès verbaux des contreventions du domaine du travail de la sécurité et la santé au travail et les fait suivre devant les instances judiciaires.

Dans le cas ou l'inspecteur du travail constate que l'exploitation des bâtiments, des installations et des

équipements techniques, ainsi que le développement des travaux et des procès technologiques présente un danger imminent d'accident, celui-ci dispose par une prescription de forme approuvée par l'inspecteur général d'Etat, leur arrêt, l'évacuation du personnel des lieux de travail se trouvant en danger et l'élimination des dangers constatés. La prescription d'arrêt contient le contenu de la violation avec le danger imminent d'accidents, les actes législatifs et normatifs, dont le non-respect a provoqué l'apparition de l'accident. La prescription d'arrêt est signée par l'inspecteur du travail et par l'employeur (personne représentante).

Quand l'exploitation des bâtiments, des installations et des équipements techniques, ainsi que les travaux et les procès technologiques avec un danger imminent d'accident a été arrêtée, l'inspecteur du travail consigne ce fait dans le procès verbal du contrôle. La copie de la prescription d'arrêt est annexée au procès verbal du contrôle.

Dans le cas où l'élimination du danger nécessite du temps, l'inspecteur du travail met sous les sceaux les appareils de connexion aux sources d'alimentation électrique, aux panneaux de commande, aux parties mobiles ou d'autres parties des bâtiments, des installations, des équipements techniques émanant un danger imminent d'accident. Les sceaux sont appliqués de manière à bloquer leur remise en fonction. L'inspecteur du travail réserve une place d'accès seulement pour les interventions d'élimination du danger. Dans la prescription d'arrêt l'inspecteur du travail indique le fait de la mise sous scelles, le numéro et le lieu de mise des scelles et informe le dirigeant du lieu de travail et l'employeur (la personne représentante).

Dans la prescription d'arrêt l'inspecteur du travail dispose d'être informé par écrit sur la liquidation des violations émanant un de danger d'accident.

Pour réaliser ses objectifs l'Inspection du Travail entreprend des mesures pour prévenir des illégalités dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail et de conformer aux prévisions des actes mentionnés.

Au cours de l'année 2009 et des moi janvier - mai 2010, en suivant le respect des actes législatifs et normatifs en matière de travail, de la sécurité et de la santé au travail, l'Inspection du Travail et ses sous divisions territoriales ont effectuée 10011 contrôles aux entreprises avec un effectif de plus de 340 milles salariés, dont plus de 173 milles femmes et 132 mineurs. Du nombre total de contrôles 5083 ont eu l'objectifs l'application du cadre légal concernant la sécurité et la santé au travail.

Même si certaines mesures de prévention ont été attestées à cause des déficiences de sécurité, selon les statistiques, annuellement on enregistre un nombre de plus 550 accidentés provenant des accidents du travail, ce qui détermine un indice de fréquence de 1,07 (nombre des accidentés qui revient sur mille de salariés). Le Dynamisme des accidents de travail produits dans les années 2005-2009 et janvier – mai 2010 est représenté en annexe.

Annuellement les inspecteurs font l'enquête des plus de 170 accidents, dont environ 130 sont qualifiés comme accidents de travail.

Au cours de l'année 2008 et janvier - mai 2010, en conformité avec le Règlement sur le mode de l'enquête des accidents de travail, approuvé par la Décision du Gouvernement n 1361 du 22 décembre 2005 l'Inspection du Travail a enregistré la déclaration des 567 accidents, (y compris 27 accidents produits aux cours des années précédentes) suite desquels 612 personnes ont souffert.

Du nombre total des accidents de travail communiqués plus de 10 (4 accidents mortels) se sont produits avec les personnes qui n'avaient pas de relation de travail légalisée de manière fixée par la législation.

Pendant la période de référence l'Inspecteur Général d'Etat du Travail a disposé l'enquête des 235 inspecteurs du travail, suite desquels ont souffert 270 personnes. Les commissions d'enquête au sein des entreprises ont enquêté 332 accidents suivis de l'incapacité temporaire de travail.

Du nombre total des accidents enquêtés par les inspecteurs du travail, 138 ont été classifiés en tant qu'accidents de travail, dont 44 cas mortels – suite desquels 46 personnes ont décédés, 90 cas graves – suite desquels ont soufferts 115 personnes et 23 accidents suivis par l'incapacité temporaire de travail.

La répartition des accidents de travail produits en 2009 selon le type d'activité dénote que le poids le plus important appartient à l'agriculture et à sylviculture – 20 accidents de travail graves et 10 mortels. L'agriculture est suivie par la construction où se sont produits 10 accidents graves et 11 mortels et ensuite le commerce – 13 accidents de travail graves et 5 – mortels.

Les données de l'Inspection du Travail démontrent que les causes les plus fréquentes des accidents de travail sont les suivantes :

- l'exécuteur – 33 accidents graves et 19 mortels ;
- la tâche de travail – 33 graves et 12 mortels ;
- les moyens de production – 16 accidents graves et 6 mortels.

Dans la plupart des cas les accidents de 2009 se sont produits dans des circonstances suivantes :

- chute de l'exécuteur de hauteur – 26 accidents graves et 9 mortels ;
- chute de l'exécuteur au même niveau – 13 accidents graves et 3 mortels ;
- exploitation de l'outillage qui ne correspond pas aux exigences de sécurité (prise, choc ou serrage par les machines et les outillages fonctionnant – 11 cas d'accidents graves) ;

- prise, choc ou serrage par des moyens de transport sur les chemins publics – 11 accidents graves et 6 mortels.

Les cause et les circonstances dans lesquelles les accidents se sont produits sont déterminées par insuffisance de connaissances et d'habilités d'organiser les procès de travail, de bien déterminer et formuler et exécuter les tâches de travail dans des conditions non dangereuses.

En 2009 en rapport avec 2008 le nombre des personnes accidentées de manière grave ou mortelle a diminué - mortels – avec personne et graves - avec 13 personnes. Au cours de la période janvier - mai 2010 en comparaison avec la même période de 2009 le nombre des accidentés mortellement a diminué avec 6 personnes et graves – avec 16 personnes.

L'analyse de la morbidité professionnelle effectuée par le Ministère de la santé démontre qu'en 2009 dans la République de Moldova ont été enregistrés 14 cas de maladies (intoxications) professionnelles chroniques et aiguës, par rapport aux 34 cas en 2008. Les indices de la morbidité professionnelle per 100000 engagées a constitué - 1,46 (an.2008 – 3,8).

Le nombre des personnes affectées en fonction des facteurs de risques du milieu de production qui ont provoqués ces maladies se sont réparties de manière suivante : vibrations – 9 cas (an.2008 – 17); facteurs biologiques – 1 cas (an.2008 – 6); substances chimiques toxiques – 1 cas (an.2008 – 2); pesticides – 3 cas (an.2008 – 6); autres – 2. Les données selon les ministères/départements et nosologies sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Nom des ministères et des départements	Maladies et intoxications Professionnelles avec des indications des agents nocifs du milieu de production, causant la pathologie	Maladies et intoxications Professionnelles aiguës				Maladies et intoxications professionnelles <i>chroniques</i>	
		Nb cas	Dont en groupe	Nb d'affectés		Avec perte de capacité de travail	Sans perte de capacité de travail
				Avec perte de capacité de travail	Sans perte de capacité de travail		
1	2	3	4	5	6	7	8
Ministère de l'Agriculture et de l'Industrie alimentaire (12 cas)	Ostéochondroses (vibrations)	-	-	-	-	7	-
	Encéphalopathie (pesticides)	-	-	-	-	1	-
1	2	3	4	5	6	7	8
	Hépatite toxique (pesticides)	-	-	-	-	1	-
	Intoxications aiguës (pesticides)	1	-	1	-	-	-
	Arthrose déformante (vibrations)	-	-	-	-	1	-
	Radiculopathie (vibrations)	-	-	-	-	1	-
Ministère de la Santé (1 cas)	Tuberculose (mycobactéries tbc)	-	-	-	-	1	-
S.A. 'Nufărul' (1 cas)	Bronchite chronique obstructive (vapeurs de base)	-	-	-	-	1	-
Total		1	-	1	-	13	-

41. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 3§3 PORTUGAL

Le Comité conclut que la situation du Portugal n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte révisée en raison du nombre manifestement élevé d'accidents du travail mortels.

42. La représentante du Portugal indique qu'il y a eu une amélioration significative dans la collecte des données statistiques sur les accidents de travail. Elle souligne que la prévention des accidents mortels demeure une préoccupation majeure pour l'inspection du travail, en particulier dans des secteurs de l'économie les plus exposés aux risques d'accidents graves ou mortels (par exemple, le bâtiment, le transport). Des analyses des causes à l'origine des accidents ont été effectuées pour améliorer la prévention. En 2007 une procédure de recrutement a été initiée pour embaucher 100 nouveaux inspecteurs du travail, amenant le nombre d'inspecteurs à 453. Des efforts ont été faits en coopération avec les partenaires sociaux et un accord avec ces derniers a été conclu en la matière. Elle indique que le nombre d'accidents mortels a diminué en 2009 grâce à la stratégie adoptée.

43. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 3§3 ROUMANIE

Le Comité conclut que la situation de la Roumanie n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte révisée au motif qu'il n'est pas établi que les statistiques sur les accidents du travail soient fiables.

44. La représentante de la Roumanie a fourni par écrit les informations suivantes :

« Accidents du travail et maladies professionnelles

Systeme de données

Plusieurs organismes se chargent d'établir des statistiques et de conserver un certain nombre de données telles que le **taux de fréquence des risques professionnels**, c-à-d. le nombre d'accidents pour 1 000 travailleurs. D'après les chiffres communiqués par l'Inspection du travail, ce taux a régulièrement baissé pour passer de 0,85 ‰ en 2006 à 0,84 ‰ en 2007, 0,80 ‰ en 2008 et 0,62 ‰ pour les neuf premiers mois de 2009.

Le nombre de jours d'incapacité temporaire de travail dus à un risque professionnel est également consigné.

Jours d'arrêt de travail

2007	2008
16 205	15 310

Les chiffres exacts pour 2009 seront connus en avril 2010.

L'Institut national de la santé publique de Bucarest enregistre le nombre annuel de nouveaux cas de maladie professionnelle, ventilés par secteurs d'activité et par causes.

Année	Nombre de nouveaux cas au plan national
2004	990
2005	1 002
2006	910
2007	1 353
2008	1 286

Face aux problèmes que soulèvent les maladies professionnelles, le ministère de la Santé a pris les mesures suivantes :

- au niveau national, il a organisé des programmes de prévention sur la santé en milieu professionnel, notamment le Programme national de surveillance des facteurs de risque dans le milieu de vie et de travail, qui entend protéger la santé et prévenir les maladies associées aux facteurs de risque professionnels, afin que les salariés soient conscients des risques de maladies professionnelles sur le lieu de travail ;

- il a constitué un Comité d'experts en médecine du travail par le décret n° 1256/2008 portant approbation de la composition et des tâches du Comité d'experts accrédité par le ministère de la Santé et le ministère du Travail, de la Famille et de la Protection sociale. Cet organisme est habilité à examiner tous les recours visant des dossiers relatifs à des maladies professionnelles ou les formulaires remplis en vertu de l'arrêté ministériel n° 1425/2006 portant approbation des modalités d'application de la loi n° 318/2006 sur la santé et la sécurité, les mesures techniques ou organisationnelles adoptées, ou encore le règlement définitif du dossier ;
- il a introduit en Roumanie, par le biais du Centre national de surveillance des risques collectifs (Service en charge de la santé en milieu professionnel et de l'environnement du travail à l'Institut national de la Santé publique de Bucarest), le système européen de déclaration statistique des maladies professionnelles EUROSTAT. La base de données nationale sur les maladies professionnelles, réalisée en collaboration avec l'Institut national des Statistiques, répond donc aux exigences des Statistiques européennes sur les maladies professionnelles (SEMP), y compris pour ce qui est des caractéristiques concernant le sexe, l'âge, la gravité de la maladie, l'entreprise, le secteur d'activité économique, l'origine de la maladie;
- l'arrêté ministériel n° 355/2007 a institué la notion de promotion de la santé sur le lieu de travail : pour sensibiliser les travailleurs aux questions de santé et de sécurité au travail, des médecins spécialistes doivent ainsi mener des actions spécifiques dans ce domaine, en s'appuyant sur les problèmes existants qui auront été décelés. Les services de santé en milieu professionnel participent à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes d'information, d'éducation et de formation en matière de santé et de sécurité pour les travailleurs, lesquels font l'objet d'examen médicaux préventifs ;
- des stages de formation ont été organisés à l'intention de spécialistes en médecine du travail et santé publique afin de les inciter à participer à la promotion de la santé professionnelle.

S'agissant de la difficulté de réaliser des enquêtes spécialisées et des examens médicaux réguliers, il convient de noter que :

- tous les organismes ont été dotés d'équipements de pointe en matière de médecine du travail, et ce dans le cadre du programme PHARE pour l'amélioration de l'efficacité de la surveillance et du contrôle des maladies professionnelles, des maladies liées aux lieux de travail et des accidents dus à un risque professionnel ;
- le programme EuropeAID/1196/D/SV/RO a permis d'améliorer la qualité des examens spécialisés réalisés lors de contrôles médicaux prophylactiques pratiqués sur des personnes exposées, dans leur travail, aux fibres d'amiante, aux poussières, à des agents physiques et/ou chimiques ou au stress.

En ce qui concerne les différences observées entre les régions quant au ratio moyen entre le nombre de travailleurs exposés et celui de médecins du travail, il faut noter

- que le nombre de médecins ayant décroché un diplôme spécialisé en médecine du travail dans d'importantes universités roumaines - Bucarest, Iasi, Timisoara, Sibiu – a augmenté;
- que les spécialistes de la santé en milieu professionnel ont été nombreux à achever une 2^e spécialisation, d'où une meilleure surveillance médicale des travailleurs dans tous les secteurs de l'industrie.

L'Institut national des Statistiques enregistre des données sur la santé et la sécurité au travail selon les méthodes d'EUROSTAT.

La base de données des accidents du travail relève de l'**Inspection du travail**. Comme pour les maladies professionnelles, ce sont les directions de la santé publique, sous la tutelle du ministère de la Santé, qui la gèrent.

Il arrive que, sur certaines périodes qui s'étendent sur au moins un trimestre, le nombre d'accidents du travail enregistrés diffère, avec des écarts parfois assez importants. Nous ne considérons pas pour autant que les accidents sont insuffisamment déclarés, et ce pour plusieurs raisons:

- a) après un accident du travail ou un incident dangereux, une procédure doit être respectée, qui suit plusieurs étapes - déclaration, enquête, enregistrement -, selon les modalités d'application de la loi n° 319/2006 relative à la santé et à la sécurité au travail, approuvées par l'arrêté ministériel n° 1425/2006.
- b) L'enquête vise à établir les circonstances et l'origine de l'accident, à identifier les règlements qui n'ont pas été respectés, à définir les responsabilités et les mesures à prendre pour éviter d'autres événements similaires et, naturellement, à déterminer le type d'accident survenu.

c) Les modalités approuvées par l'arrêté ministériel n° 1425/2006 prévoient que l'enquête doit être menée à bien dans certains délais :

c.1) 5 jours ouvrables maximum à compter de la date des faits, lorsque l'accident a entraîné une incapacité temporaire de travail;

c.2) 10 jours ouvrables maximum à compter de la date des faits, en cas de décès ou d'invalidité manifeste de la victime, d'accident collectif ou de disparition d'une ou plusieurs personnes, ainsi qu'en cas d'incidents dangereux.

d) Dans le cas visé au point c.1, le dossier d'enquête est établi par une commission désignée par l'employeur à cet effet. Il est ensuite remis, dans un délai de cinq jours ouvrables, aux services de l'Inspection territoriale du travail de la circonscription où l'accident a eu lieu, pour contrôle et approbation. L'Inspection territoriale dispose de sept jours, après réception du dossier, pour l'examiner, l'approuver et le retourner à l'employeur.

e) Dans le cas visé au point c.2, le dossier d'enquête est établi par les services de l'Inspection territoriale du travail et présenté pour approbation à la Division centrale de l'Inspection du travail dans les cinq jours ouvrables suivant la fin de l'enquête. L'Inspection du travail doit alors valider le dossier et le renvoyer dans les dix jours ouvrables après sa réception.

Outre les points susmentionnés (a–e), il se peut que, notamment lorsque l'accident a provoqué le décès ou la disparition d'un travailleur durant l'exercice de son activité professionnelle, le délai prévu pour la conclusion de l'enquête ne soit pas respecté pour des raisons objectives, à savoir:

- des prélèvements ou expertises sont nécessaires, auquel cas une prolongation du délai peut être demandée par écrit ;
- un certificat de médecine légale doit être délivré ;
- l'Inspection du travail conclut que l'enquête a été mal réalisée et exige de reprendre le dossier et de rédiger un nouveau rapport d'enquête ;
- des personnes ont disparu suite à un accident, dans des circonstances qui renforcent l'hypothèse du décès. Les services de l'Inspection territoriale du travail qui ont mené l'enquête doivent conserver le dossier jusqu'à ce qu'un tribunal prononce le décès de la personne disparue, conformément aux dispositions légales en vigueur. Le dossier est alors renvoyé à l'Inspection du travail pour approbation.

Tout cela explique que plus d'un an s'écoule parfois entre le moment où l'incident survient et son enregistrement en tant qu'accident du travail.

Le nombre d'accidents répertoriés à la fin d'une année civile doit donc être corrigé l'année suivante, à raison généralement de 5% - 25% de plus maximum pour ce qui concerne le nombre de travailleurs décédés.

Douze mois après la précédente période de référence, le nombre de travailleurs impliqués dans un accident du travail ne subit plus de variations significatives.

Toutes les évolutions du nombre d'accidents du travail sont mises en évidence dans la base de données des accidents, qui est mise à jour tous les trimestres.

Cette base de données est gérée au niveau national par le système informatique de l'Inspection du travail ; elle est accessible par chaque inspection territoriale du travail et donne le nombre d'accidents pour chaque comté et pour Bucarest.

En Roumanie, un accident ne peut être considéré comme un accident du travail qu'à l'issue de la procédure d'enquête et uniquement s'il est enregistré et déclaré comme tel.

Toutes les explications ci-dessus concernent les modalités de déclaration d'accidents au niveau national.

L'**arrêté n° 3/2007** du ministère du Travail, de la Solidarité sociale et de la Famille porte quant à lui approbation du formulaire (le FIAM) utilisé pour enregistrer un accident du travail. La codification employée est conforme à la méthodologie d'Eurostat.

L'employeur qui n'a pas respecté l'obligation de signaler un accident du travail à l'Inspection territoriale du travail et à son assureur commet une infraction passible, conformément à l'article 32(2) de la loi n° 319/2006, d'une amende de 4 000 à 8 000 RON (soit 1 000 à 2 000 €).

Le fait que le taux d'incidence des accidents mortels du travail était de 5,9 en 2005, soit bien au-dessus de la moyenne de l'UE (Europe des 27), s'explique comme suit :

- la plupart des entreprises n'ont pas été modernisées sur le plan technologique et leurs équipements sont vétustes; c'est particulièrement le cas dans les secteurs économiques où surviennent la plupart des accidents du travail (construction, extraction et traitement du charbon, fabrication de meubles,

industrie alimentaire, production de bois et de produits en bois et en liège, fabrication de produits en paille et autres matériaux, fabrication de structures métalliques et produits en métal, à l'exception des machines, équipements et installations);

- d'après les statistiques de l'Inspection du travail, la Roumanie compte un taux élevé de travailleurs blessés dans des accidents de la route. Ainsi, en 2005, ils représentaient environ 10% des victimes, contre 14% en 2006 et 15% en 2007.

Activités de l'Inspection du travail

A. Organisation et fonctionnement de l'Inspection du travail

L'Inspection du travail est un organe spécialisé de l'Administration centrale, qui relève du ministère du Travail, de la Famille et de la Protection sociale.

Elle est compétente pour tout ce qui touche aux relations de travail ainsi qu'à la santé et à la sécurité au travail.

Pour s'acquitter de ses missions, l'Inspection du travail s'appuie sur 42 inspections territoriales, qui sont des structures dotées de la personnalité juridique implantées dans chaque comté ainsi qu'à Bucarest. Le Centre de formation et de perfectionnement professionnel de l'Inspection du travail (CPPPIM) est un établissement public installé à Botoşani, placé sous la tutelle de l'Inspection du travail.

L'Inspection du travail collabore, sur la base de protocoles, avec des ministères, des autorités de contrôle dans d'autres domaines, des organismes publics et privés, des syndicats et des organisations patronales ; elle peut également solliciter les services de certains experts ou organismes spécialisés, dans les conditions prévues par son règlement interne d'organisation et de fonctionnement.

Elle a ainsi conclu des protocoles de coopération avec le ministère de la Santé, l'*Institut national de recherche et de développement en protection du travail*, l'Institut national de recherche et de développement de Petroşani pour la sécurité dans les mines et la protection contre les explosions (INSEMEX), le Service national d'Inspection pour le contrôle des chaudières, des enceintes pressurisées et des engins de levage (ISCIR), le ministère de la Justice (Bureau national du registre du commerce), l'Institut national des statistiques, l'Autorité nationale de protection des consommateurs, le Centre national de gestion des bases de données personnelles, l'Inspection générale de la Gendarmerie roumaine, ou encore le Bureau roumain de l'Immigration.

Dans ses activités de contrôle, l'Inspection du travail collabore avec l'Agence de protection de l'environnement, la Brigade financière, l'Inspection nationale pour le secteur du bâtiment, les Douanes, la Direction générale de la santé publique, l'Inspection sanitaire nationale et les Services de contrôle sanitaires vétérinaires.

Nombre d'inspecteurs du travail chargés de missions de contrôle portant sur la santé et la sécurité au travail, entre 2005 et 2008 :

2005	2006	2007	2008
510	487	516	505

B. Contrôles et sanctions

1. Couverture de près de 40% de la main-d'œuvre

Aux termes de la procédure en la matière, les inspecteurs du travail sont tenus, à l'occasion des visites de contrôle, de remplir une *Fiche relative à l'entreprise* (Annexe) afin de créer/mettre à jour la base de données gérée par l'Inspection territoriale du travail. Ils doivent notamment y indiquer le nombre total de salariés de l'entreprise. Par conséquent, même s'il s'agit d'un contrôle aléatoire opéré dans un petit nombre de sites, les mesures ordonnées par l'inspecteur du travail devront s'appliquer à l'entreprise toute entière.

Les rapports que les antennes territoriales remettent à la Division centrale de l'Inspection du travail mentionnent donc bien le nombre total de salariés dans les entreprises contrôlées. C'est ce chiffre qui figure dans le rapport de la Roumanie et, s'agissant de ceux qui ont été donnés précédemment, le pourcentage de 40% nous semble correct.

La non-déclaration d'incidents est considérée comme une infraction et sanctionnée par les inspecteurs du travail, conformément à l'art. 39, par. 5, de la **loi n° 319/2006** relative à la santé et à la sécurité, qui est ainsi libellé:

« Est considéré comme une infraction passible d'une amende de 3 000 RON (environ 750 €) à 7 000 RON (environ 1 750 €) le non-respect des dispositions des articles 7 paragraphes (4) à (6), 8, 11 paragraphes (1) et (3), 13 alinéas q) et s), et 27 par. (1) alinéas a) et b).¹ »

¹ Article 7

L'arrêté n° 3 du 3 janvier 2007 du Ministre du Travail, de la Solidarité sociale et de la Famille portant approbation du formulaire d'enregistrement des accidents du travail (FIAM) indique les documents à remplir en cas d'accident et ceux à fournir pour acter la fin d'une incapacité temporaire de travail. Tous ces formulaires ont été progressivement introduits à partir du 1^{er} janvier 2007.

L'article 3, par. 1 de ce même arrêté stipule que ces formulaires doivent être complétés et adressés à l'inspection territoriale du travail du lieu de l'accident, et ce dans un délai de cinq jours ouvrables à compter de la fin de l'incapacité temporaire de travail.

Le paragraphe 2 du même article fait obligation à l'employeur de présenter des documents attestant de la durée de l'incapacité temporaire de travail et de compléter le volet indiquant la fin de l'arrêt de travail.

2. Nombre de contrôles et de sanctions

A été établi un indicateur pour mesurer l'évolution du nombre de contrôles et de sanctions, qui est fonction de l'objectif que s'est fixé chaque inspection territoriale du travail en termes de volume d'activités de contrôle, sur la base d'indicateurs définis en accord avec la direction de l'Inspection du travail :

(4) Nonobstant les autres dispositions de la présente loi, eu égard à la nature des activités de l'entreprise et/ou de l'établissement, l'employeur est tenu :

- a) d'évaluer les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, y compris le choix des équipements de travail, les substances ou produits chimiques utilisés, et l'aménagement des lieux de travail ;
- b) si besoin est, après l'évaluation visée à l'alinéa a), d'intégrer dans toutes les activités de l'entreprise ou de l'établissement et à tous les niveaux hiérarchiques, les mesures de prévention ainsi que les méthodes de travail et de production appliquées par l'employeur pour assurer la sécurité et améliorer le niveau de protection de la santé ;
- c) de prendre en compte les capacités des travailleurs pour ce qui concerne la santé et la sécurité, lorsqu'il délègue des tâches;
- d) de veiller à ce que la planification et l'introduction de nouvelles technologies fassent l'objet de consultations avec les travailleurs et/ou les délégués du personnel quant aux conséquences que peut avoir sur la santé et la sécurité des salariés le choix des équipements, les conditions de travail et le milieu de travail;
- e) de faire en sorte que seuls les travailleurs ayant reçu et assimilé les instructions adéquates aient accès aux zones à hauts risques ou à risques particuliers.

(5) Nonobstant les autres dispositions de la présente loi, lorsque des salariés de plusieurs entreprises et/ou établissements occupent le même lieu de travail, leurs employeurs sont tenus :

- a) de coopérer à la mise en œuvre des dispositions relatives à la sécurité, à la santé et à l'hygiène au travail, en tenant compte de la nature des activités ;
 - b) de coordonner leurs actions destinées à protéger les travailleurs et prévenir les risques professionnels, en tenant compte de la nature des activités ;
 - c) de s'informer mutuellement des risques professionnels ;
 - b) d'informer les travailleurs et /ou les délégués du personnel des risques professionnels encourus.
- (6) La sécurité, la santé et l'hygiène au travail ne doivent en aucun cas entraîner un coût pour les salariés.

Article 8

- (1) Sans préjudice des obligations visées aux articles 6 et 7, l'employeur doit désigner un ou plusieurs membres du personnel, ci-après les « travailleurs désignés », pour s'occuper de la protection et de la prévention des risques professionnels dans l'entreprise et/ou l'établissement ;
- (2) les travailleurs désignés ne peuvent subir de préjudice du fait de leurs activités de protection et de prévention ;
- (3) les travailleurs désignés doivent disposer de suffisamment de temps pour pouvoir s'acquitter de leurs obligations au titre de la présente loi ;
- (4) si l'entreprise et/ou l'établissement ne peut organiser des activités de prévention faute de personnel approprié, l'employeur doit faire appel à des services externes ;
- (5) lorsque l'employeur fait appel à des services externes comme indiqué au point (4), il doit les informer des facteurs connus pour avoir, ou être susceptibles d'avoir, des effets néfastes sur la santé et la sécurité des travailleurs ; ils doivent également avoir accès aux informations visées à l'art. 16 par. (2) ;
- (6) les travailleurs désignés doivent être affectés principalement à des missions touchant à la santé et à la sécurité au travail et, au mieux, à des tâches complémentaires.

Article 11

- (1) L'employeur doit :
 - a) informer dès que possible tous les travailleurs qui sont ou pourraient être exposés à un danger grave et imminent des risques encourus et des mesures prises ou à prendre pour leur protection ;
 - b) prendre des dispositions et donner des instructions pour permettre au personnel d'arrêter le travail et/ou de quitter immédiatement le travail et se diriger vers un endroit sûr en cas de danger grave et imminent ;
 - c) s'abstenir de demander au personnel de reprendre le travail s'il y a toujours un danger grave et imminent, sauf dans des cas exceptionnels et pour des raisons valables.
- (3) L'employeur doit veiller à ce qu'en cas de danger grave et imminent pour la sécurité du personnel ou d'autres salariés et lorsque le supérieur hiérarchique direct ne peut être contacté, tous les travailleurs puissent appliquer les mesures appropriées conformément aux informations et ressources techniques dont ils disposent, afin de parer aux conséquences d'un tel danger.

Article 13 – Afin de garantir des conditions de travail saines et sûres et d'éviter les accidents du travail et les maladies professionnelles, il est fait obligation aux employeurs :

- q) de prévoir des équipements de travail sans danger pour la santé et la sécurité ;
- s) de fournir de nouveaux équipements de protection individuelle en cas de dégradation ou de perte de leurs qualités protectrices.

Article 27

- (1) L'employeur doit signaler immédiatement : a) aux inspections territoriales du travail tous les faits visés à l'article 5, alinéa f)
- b) à l'assureur, conformément à la loi n° 346/2002 (telle que modifiée ultérieurement) relative à l'assurance en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, tous les faits ayant entraîné une incapacité temporaire de travail, une invalidité ou un décès, dès leur confirmation.

IFC – indicateur relatifs aux contrôles = C (nombre de contrôles par mois) / FC (durée du contrôle, sachant que le niveau de contrôles imposé par mois à chaque inspecteur est de 12 à 17).

IS2 – indicateur relatif aux sanctions = NA (nombre d’amendes infligées) / C (nombre de contrôles par mois).

IS3 – indicateur relatif aux sanctions = NA (nombre d’amendes infligées) / NAV (nombre d’avertissements adressés).

Le nombre déclaré de contrôles est calculé comme suit:

500 inspecteurs du travail effectuant des visites de contrôle en matière de santé et de sécurité au travail x (en moyenne) 15 contrôles/mois x 11 mois* = 82 500 contrôles/an (* les congés annuels représentant 20 à 25 jours ouvrables par an).

Données concernant les inspections en matière de santé et de sécurité au travail, les salariés contrôlés, les amendes infligées et les cessations d'activité ordonnées, entre 2005 et 2008

Indicateurs concernant les inspections en matière de santé et de sécurité au travail	2005	2006	2007	2008
Nombre d'entreprises/établissements contrôlés	68 745	83 493	77 399	84 845
Nombre de visites d'inspection réalisées	70 181	87 220	81 049	87 429
Nombre de salariés en activité	5 907 662	5 898 501	5 767 440	5 728 134
Nombre de salariés couverts par les inspections	2 424 041	2 394 506	2 447 348	2 855 182
Nombre de salariés couverts par les inspections en pourcentage du nombre total de travailleurs en activité	41,03	40,60	42,43	49,84
Nombre de sanctions infligées	8 521	22 045	28 572	40 383
Montant des amendes (lei)	10 272 610	40 853 710	49 969 300	55 427 872
Nombre de cessations d'activité ordonnées	1 440	3 580	5 691	12 574
Nombre d'entreprises/établissements où l'activité a été interrompue	85	138	479	814
Nombre d'affaires portées devant les tribunaux	177	172	132	161

Nombre de sanctions infligées, ventilées par secteur d'activité économique, entre 2005 et 2008

Secteurs d'activité économique	Nombre de sanctions infligées			
	2005	2006	2007	2008
Agriculture	341	1 068	1 028	1 419
Mines	126	264	212	390
Transports	126	991	1,399	1,342
Industrie, commerce et autres	7 928	19 722	25 933	37 232

45. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 3§3 SLOVENIE

Le Comité conclut que la situation de la Slovénie n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte révisée en raison du nombre manifestement élevé d'accidents du travail mortels.

46. La représentante de la Slovénie indique que le nombre d'accidents, y compris mortels, a décliné en 2008, principalement dans le secteur du bâtiment. Elle ajoute que cette diminution résulte d'une stratégie qui met l'accent sur des inspections plus strictes et plus ciblées. Elle précise que les employeurs ont été encouragés à mener des actions préventives. D'autres aspects permettant d'améliorer la santé et la sécurité au travail ont été examinés, dont la formation des employeurs. Davantage de détails seront présentés dans le prochain rapport.

47. Le représentant de la CES demande des informations permettant d'expliquer pourquoi le niveau des accidents demeure si élevé. Il souligne aussi que les mesures préventives doivent s'accompagner d'un contrôle plus strict.

48. La représentante de la Slovénie explique qu'une partie du problème vient de ce que les petits employeurs, en particulier dans le secteur du bâtiment, ne respectent pas les règlements de sécurité, et que pour cette raison la fréquence des contrôles sur les chantiers temporaires a été accrue. Une augmentation du nombre d'inspecteurs est aussi envisagée.

49. Le Comité invite le gouvernement de la Slovénie à mettre la situation en conformité avec l'article 3§3 de la Charte révisée.

Article 3§4 – Services de santé au travail

CSR 3§4 SLOVENIE

Le Comité conclut que la situation de la Slovénie n'est pas conforme à l'article 3§4 de la Charte révisée au motif que l'existence de services de médecine du travail efficaces n'est pas établie.

50. La représentante de la Slovénie a fourni par écrit les informations suivantes :

« En Slovénie, une distinction est établie entre les mesures préventives en matière de santé et de sécurité au travail et les mesures curatives liées aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

Le cadre juridique régissant les activités de prévention en matière de santé et de sécurité au travail ou de la médecine du travail est le suivant :

- loi relative à la santé et à la sécurité au travail ;
- loi relative aux services de santé ;
- réglementation relative aux soins préventifs primaires ;
- réglementation relative aux examens médicaux préventifs des salariés et autres règlements d'application concernant les examens médicaux préventifs pour différentes professions.

Aux termes de l'article 20 de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail, l'employeur, qui est aussi celui à qui incombent financièrement ces services, doit veiller à ce que les activités touchant à la santé au travail soient confiées à un médecin agréé. Par médecin agréé, la loi entend un praticien spécialisé dans la médecine du travail. Les médecins du travail sont exclusivement chargés des tâches destinées à assurer la santé et la sécurité au travail telles que définies par l'article 20 de la loi. Ainsi, ils ont pour principales missions :

- de participer à l'évaluation des risques et à la rédaction d'instructions concernant la sécurité aux différents postes de travail et dans l'environnement de travail ;
- d'identifier et d'analyser les causes des maladies professionnelles.

Actuellement, la Slovénie compte quelque 135 médecins du travail en exercice. Dans la mesure où ils s'acquittent uniquement des tâches prévues par la loi et où, selon les données fournies pour 2006, la population active slovène est d'environ 830 000 personnes (ce qui signifie qu'il existe approximativement un médecin du travail pour 6 149 salariés), nous estimons que leur nombre est

adapté et ne saurait en aucun cas être jugé insuffisant. Dans le même temps, nous tenons à souligner qu'en Slovénie, la majorité des travailleurs sont employés par de petites et moyennes entreprises aux effectifs relativement peu élevés ; par conséquent, embaucher un médecin du travail dans chacune d'elles ne serait pas économique. Les employeurs sont légalement tenus d'offrir les services d'un médecin du travail à leurs salariés, et l'Inspection du travail veille au respect de cette disposition.

Les médecins du travail sont géographiquement bien répartis sur le territoire slovène, de sorte que leurs services soient suffisamment accessibles aux employeurs.

Les mesures curatives sont régies par la loi relative à l'assurance maladie et aux soins de santé. Aux termes de l'article 13 de ce texte, l'assurance maladie obligatoire comprend l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, ainsi que l'assurance contre les maladies et les accidents non liés à une activité professionnelle. L'assurance maladie obligatoire garantit la prise en charge des dépenses encourues pour des services de santé, dans des limites définies, de même qu'un revenu de remplacement en cas d'arrêt de travail temporaire. Conformément à l'article 15 de la loi, l'assurance maladie obligatoire couvre les personnes employées en Slovénie, celles employées par des entreprises ayant leur siège en Slovénie mais qui travaillent ou suivent une formation à l'étranger - à condition qu'elles ne soient pas couvertes par un régime d'assurance obligatoire dans l'Etat concerné -, celles employées par des organisations/institutions étrangères ou internationales ou par des représentations consulaires ou diplomatiques ayant leur siège en Slovénie - sauf disposition contraire prévue par un accord international -, celles résidant à titre permanent en Slovénie mais qui sont employées par une entreprise étrangère et ne sont pas couvertes par une compagnie d'assurance maladie étrangère, celles qui exercent une activité économique ou professionnelle sur le territoire slovène à titre unique ou principal, les propriétaires d'entreprises privées en Slovénie - à condition qu'ils ne soient pas assurés auprès d'un autre organisme -, les agriculteurs et les membres de leur foyer, ainsi que les personnes qui exercent des activités agricoles en Slovénie à titre de profession unique ou principale.

Les droits issus de l'assurance maladie obligatoire (**soins de santé primaires**) sont exercés par l'intermédiaire du **médecin généraliste ou du médecin de famille référent**, que les assurés choisissent eux-mêmes. En moyenne, on compte un médecin référent pour 1 743 personnes (Annuaire statistique de la Slovénie, 2008, IVZ). Le médecin référent dispense l'intégralité des soins curatifs nécessaires à ses patients, tant en cas de maladie que d'accident, survenu au travail ou en dehors du cadre professionnel.

Enfin, nous tenons à rappeler une nouvelle fois qu'en Slovénie, les médecins du travail sont affectés à des tâches touchant à la santé au travail et ne dispensent pas de soins curatifs (traitement et attestation d'incapacité de travail). Ils n'exercent que des activités de prévention. Nous estimons par conséquent que leur nombre est tout à fait suffisant. Comme indiqué plus haut, tous les habitants de Slovénie, en ce compris les salariés, sont couverts par l'assurance maladie obligatoire et ont le droit de choisir leur médecin généraliste ou leur médecin de famille référent. C'est ce dernier qui leur prodigue les soins curatifs. »

51. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

Article 11§1 – Elimination des causes d'une santé déficiente

CSR 11§1 ALBANIE

Le Comité conclut que la situation en Albanie n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte révisée au motif que rien ne permet d'établir que des mesures adéquates ont été prises pour faire baisser le taux de mortalité maternelle.

52. La représentante de l'Albanie a fourni par écrit les informations suivantes :

« Etat de santé de la population – Indicateurs généraux. Réponse à la question posée par le Comité sous l'article 11 concernant les règlements, instructions et textes traitant dans un seul et même cadre les services de protection maternelle et infantile :

En Albanie, les services de protection maternelle et infantile englobent les différents services de santé destinés aux femmes. Ces services, dispensés gratuitement, comportent trois niveaux, qui sont intégrés depuis 1996 (après l'adoption du plan d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement en 1994).

1. Soins de santé primaires

Ces soins sont prodigués dans les dispensaires et centres de soins implantés en milieu rural et dans les zones urbaines.

En milieu rural, les services en question sont organisés comme suit: a) dispensaires où des sages-femmes suivent les mères tout au long de leur grossesse, durant l'accouchement (s'il s'effectue normalement) et après celui-ci, et où elles s'assurent que les enfants sont éduqués et se développent dans de bonnes conditions ; b) centres de soins au niveau des communes, où des généralistes, des infirmières et des sages-femmes s'occupent de la santé des femmes pour ce qui concerne les questions touchant à la procréation – ce qui recouvre également le suivi médical de la mère, le planning familial, ainsi que l'éducation et le développement de l'enfant.

Dans les zones urbaines: centres de soins et polycliniques spécialisées, avec notamment des centres de consultation pour les mères, des centres de planning familial, des centres de consultation pour enfants et des services de consultations pédiatriques de jour.

2. Soins de santé secondaires

Des services de santé maternelle et infantile sont également disponibles dans les maternités et unités pédiatriques de tous les hôpitaux régionaux.

3. Soins de santé tertiaires

Unités obstétriques et gynécologiques des Centres hospitaliers universitaires n^{os} 1 et 2 à Tirana et Unité pédiatrique du Centre hospitalier universitaire « Mère Teresa » à Tirana.

S'agissant des règlements et instructions relatifs aux services de santé maternelle et infantile, les textes ci-après montrent qu'ils sont intégrés dans les infrastructures sanitaires et précisent dans quelles conditions.

La loi n° 7870 du 13 avril 1994 relative à l'assurance maladie, parue au Journal officiel n° 15 de 1994, p. 500, texte dont certains articles ont été amendés par la loi n° 8961 du 24 octobre 2002 complétant et modifiant partiellement la loi n° 7870 du 13 avril 1994 relative à l'assurance maladie, parue au Journal officiel n° 80 de 2002, p. 2313, définit le cadre général du financement du secteur de la santé ; il énumère les sources de financement et fixe les responsabilités financières des différents bailleurs de fonds.

Il précise également que l'Institut de Santé publique est un organisme public indépendant budgétairement autonome.

L'article 8, par. 2 de cette loi dispose que l'Etat prend en charge les personnes non actives, ce qui recouvre : a) les enfants ainsi que les élèves et étudiants qui suivent des cours à temps complet ; b) les retraités ; c) les personnes handicapées (handicap mental ou physique); c) les chômeurs; d) les personnes bénéficiant d'une aide matérielle ou d'une assistance sociale ; e) les mères en congé de maternité.

La loi n° 9106 du 17 juillet 2003 relative aux services hospitaliers albanais, parue au Journal officiel n° 65 de 2003, p. 2907, encadre tout ce qui touche aux soins hospitaliers et à l'administration des hôpitaux. Elle régit par ailleurs l'organisation nationale et régionale des structures hospitalières, et en confie la gestion à une autorité hospitalière régionale.

L'article 35 de ce texte indique quels sont les services des hôpitaux publics qui doivent être proposés au niveau des communes ; l'alinéa d du même article précise que sont concernés les services d'obstétrique et de gynécologie, ce qui englobe les services hospitaliers spécialisés dans la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et des soins aux nouveau-nés.

La Décision n° 84 arrêtée en Conseil des Ministres le 13 février 2003 concernant l'administration et la prestation de services assurés par le personnel médical visé dans le régime d'assurance maladie, parue au Journal officiel n° 12 de 2006, p. 362, dispose ce qui suit:

Paragraphe 1^{er} : « Les soins de santé primaires sont dispensés par les médecins généralistes, les médecins spécialisés et le personnel infirmier qui travaillent dans le service de soins de santé primaires ».

Paragraphe 2: « *Le médecin généraliste prodigue des soins de santé généraux à tous les individus âgés de plus de 14 ans. Les enfants de moins de 14 ans sont traités par un médecin généraliste plus spécialement chargé de cette tranche d'âge* ».

Le paragraphe 2/a de la Décision n° 383 arrêtée en Conseil des Ministres le 19 juin 2004 fixant les procédures, la tarification et le champ couvert par les services de santé tertiaire dans le cadre de

l'assurance maladie, parue au Journal officiel n° 44 de 2004, p. 3195, dispose que la Caisse d'assurance maladie prend en charge la totalité du coût des examens médicaux pour les enfants de moins de 12 ans, pour les personnes handicapées à 100%, pour les invalides de guerre, pour les anciens combattants, ainsi que pour les personnes atteintes de tuberculose ou d'un cancer.

La Décision n° 857 arrêtée en Conseil des Ministres le 20 décembre 2006 concernant le financement des services de soins de santé primaires, parue au Journal officiel n° 147 de 2006, p. 5943, encadre le financement par le régime d'assurance maladie obligatoire du Service de soins de santé primaires visé à l'Annexe 1 de la Décision.

Des centres de soins indépendants s'y trouvent pour la première fois admis comme prestataires de soins de santé primaires ; il s'agit, au regard du texte, d'équipes de professionnels auxquelles l'assurance maladie peut faire appel pour un ensemble bien précis de services de santé, et qui possèdent à ce titre un compte bancaire et des statuts spéciaux.

Les centres de soins indépendants entendent proposer des services de santé de qualité fondés sur les principes de la médecine générale, et ce à l'intention de la population de toute la zone qu'ils couvrent. Ils assurent l'offre globale de services de santé fixée par le Ministre de la Santé aux termes de l'arrêté n° 95 du 16 février 2009, dans lequel la santé maternelle et infantile, les questions de procréation et l'éducation à la santé occupent une place importante. On y trouve notamment des services de prévention (suivi de la croissance et du développement de l'enfant, vaccinations) et de traitement ambulatoire des enfants malades et des femmes enceintes.

L'offre globale, qui doit être clairement précisée, couvrira :

- services à proposer aux femmes enceintes et aux enfants, ainsi que leur objet;
- suivi et la prise en charge des femmes durant la grossesse et après l'accouchement;
- la gestion de situations courantes pendant l'enfance ;
- soins préventifs et les actions en faveur de l'enfance ou de la famille ;
- les compétences exigées des personnels appelés à assurer ces services, les modalités pour se porter candidat comme prestataire, ainsi que les services à fournir à la collectivité ;
- les normes à respecter conformément aux directives en matière de pratiques cliniques établies par les départements universitaires de médecine générale et de pédiatrie ;
- Les équipements et produits pharmaceutiques que doit posséder le centre de soins pour assurer le service proposé aux mères et aux enfants, ainsi qu'une documentation médicale harmonisée.

La loi n° 10138 du 11 mai 2009 relative à la santé publique, adoptée par le Parlement albanais et publiée au Journal officiel n° 87 de 2009, p. 3803, est une loi cadre qui cherche à permettre à la population de mener une vie saine, et ce grâce à un plan d'action qui touche de manière égale toutes les catégories de la population. Ce texte définit les services essentiels de santé publique qui incombent à l'Etat, parmi lesquels figurent la santé en matière de procréation ainsi que la santé maternelle et infantile (article 54).

La loi n° 8876 du 4 avril 2002 relative à la santé en matière de procréation, adoptée par le Parlement albanais et publiée au Journal officiel n° 15 de 2002, p. 446, définit et garantit la protection des droits conférés dans ce domaine à tout citoyen en Albanie. Elle encadre l'organisation, le fonctionnement et le contrôle de toutes les activités menées dans le domaine de la santé touchant à la procréation au sein d'établissements de soins publics comme privés ; elle veille à ce que les ressources soient réparties de façon égale entre ces établissements pour réaliser les objectifs fixés et respecter les droits en matière de procréation.

Ce texte régit les relations entre les professionnels de santé, les particuliers, les institutions et les organismes publics et privés qui s'occupent des questions de procréation, en s'attachant surtout aux principes de choix, d'absence de préjudice, de confidentialité, de non-discrimination et de soins de santé de qualité.

L'article 3 de ladite loi définit les services de soins en matière de procréation que propose notre système de santé. Ils couvrent :

- a) services et consultations, information, éducation et communication axés sur le planning familial ;
- b) services et conseils sur les soins prénatals, l'accouchement sans risques et les soins post-natals, en particulier l'allaitement au sein ;
- c) services et éducation des enfants et adolescents, hygiène féminine;
- d) prévention et traitement des maladies sexuellement transmissibles, du VIH/SIDA, des infections et maladies de l'appareil reproducteur;
- e) avortement sans risque et gestion des complications liées à l'avortement ;
- f) information, éducation et conseils sur la sexualité et la santé en matière de procréation ;

- g) services d'orientation concernant le planning familial, les complications liées à la grossesse, l'avortement, la stérilité, les infections de l'appareil reproducteur, les cancers du sein et de l'appareil reproducteur, la ménopause, ou encore les maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA ;
- h) prévention et traitement approprié de la stérilité.

L'article 24 de la loi n° 8876 du 4 avril 2002 relative à la santé en matière de procréation dispose que toute femme enceinte a droit à un suivi médical périodique gratuit durant sa grossesse, à l'occasion de l'accouchement et après la naissance ; il consiste essentiellement en des examens prénatals et post-natals, qui sont obligatoires et encadrés par un texte émanant du Ministre de la Santé. Toutes les femmes enceintes ont le droit de bénéficier gratuitement des examens obligatoires prescrits par leur médecin et peuvent obtenir, tout aussi gratuitement, un livret de grossesse.

L'article 25 du même texte de loi dispose que « **tous les enfants de moins de 6 ans bénéficieront gratuitement de mesures de prévention, de dépistage et de suivi médical** ».

Le Règlement régissant les services de santé en matière de procréation dans les structures de soins de santé primaires, adopté par le Ministre de la Santé sur la base de l'Instruction n° 147 du 11 avril 2003, définit les structures et services chargés des questions de santé en matière de procréation, leurs règles de fonctionnement et les tâches des personnels de santé qui y sont affectés. Une partie du règlement est par ailleurs consacrée à une description des missions dévolues auxdits services pour ce qui concerne le suivi des femmes durant la grossesse, lors de l'accouchement et après la naissance, ainsi que la supervision de la bonne éducation des enfants avant l'âge de 6 ans.

Conformément à la Convention internationale des droits de l'enfant, le Ministre de la Santé a institué, aux termes de l'arrêté n° 115 du 29 mars 2006, la Charte des droits de l'enfant hospitalisé. Cette Charte, qui a déjà été remise à toutes les unités de pédiatrie et maternités des 36 régions du pays – reconnue par elles – définit les droits de tout enfant malade sous treize angles, dont (a) le droit d'avoir auprès de lui, durant son hospitalisation, l'un de ses parents ou son tuteur légal, (b) le droit des parents et de l'enfant de recevoir des informations sur la maladie et son traitement, (c) le droit des parents et de l'enfant de participer à toutes les décisions concernant les soins qui lui sont prodigués et de leur éviter tout examen ou traitement qui n'est pas nécessaire, (d) le droit d'être admis dans une unité qui lui est spécialement destinée qui puisse, tant sur le plan de l'équipement que de la sécurité, répondre à ses besoins sur le plan médical, mais aussi lui permettre de bénéficier de jeux, de loisirs et d'activités éducatives adaptés à son âge et à son état de santé. La Charte a déjà été remise à toutes les unités de pédiatrie et maternités qui, pour la mettre en œuvre, devront procéder aux aménagements et améliorations nécessaires en termes de locaux, de réglementation, de formation du personnel, etc.

Espérance de vie à la naissance (en années)

Année de naissance	Total	Hommes	Femmes
1950 - 1951	53,5	52,6	54,4
1951 - 1956	57,8	57,2	58,6
1960 - 1961	64,9	63,7	66,0
1979 - 1980	69,5	67,0	72,3
1980 - 1981	70,2	67,7	72,2
1984 - 1985	71,5	68,7	74,4
1985 - 1986	71,9	68,7	75,5
1986 - 1987	72,0	68,8	75,5
1987 - 1988	72,2	69,4	75,5
1988 - 1989	72,4	69,6	75,5
1989 - 1990	72,2	69,3	75,4
1990 - 1995	71,4	68,5	74,3
1999	74,0	71,7	76,4
2001 - 2005*	75	72	77

*) Calcul réalisé sur la base de projections démographiques

Source: INSTAT 2006

Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS)

	EVAS (en années)	Nombre total d'années de
--	------------------	--------------------------

	A la naissance			A 60 ans		vie en bonne santé perdues (en pourcentage)	
	Total	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Albanie	61	60	63	11	14	12	15

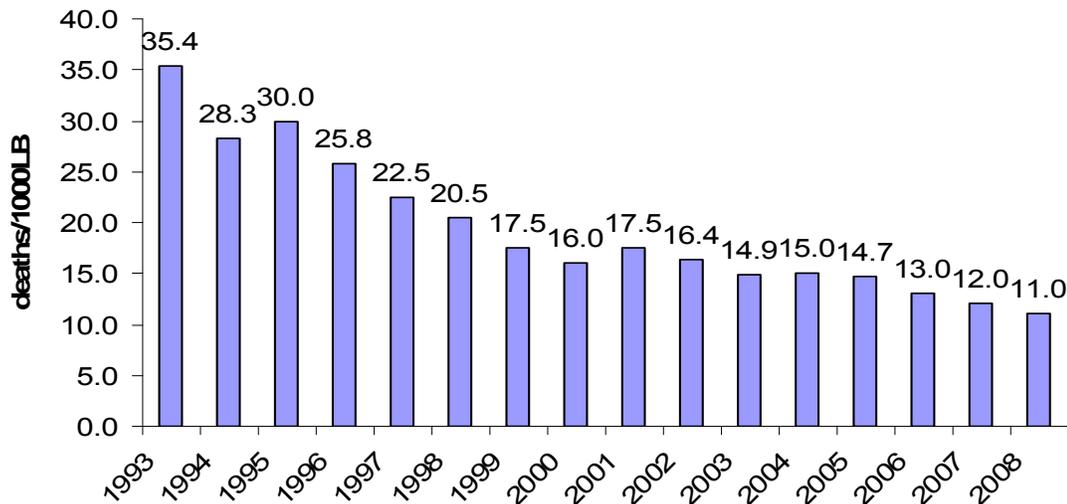
Source: INSTAT 2006

L'Institut de Santé publique a conçu un nouveau modèle de services de médecine générale à des fins de détection précoce et de traitement en temps utile des causes potentielles de maladies cardiovasculaires – il s'agit essentiellement de services de consultation et de suivi. Ce programme vise à encourager la détection précoce et le traitement approprié des facteurs de risques liés aux insuffisances coronaires et aux maladies cardiovasculaires, afin de prévenir les problèmes de santé qui peuvent en résulter au sein de la population albanaise. Il s'articule autour d'un guide qui a été élaboré pour venir en aide aux médecins (mais aussi, le cas échéant, au personnel infirmier) et qui reprend pour l'essentiel les normes de classement et d'orientation des patients pour chacun des huit facteurs variables, majeurs et mineurs, de maladies cardiovasculaires. Le programme envisage de mesurer régulièrement, auprès de tous les usagers des services de médecine générale, une série d'indicateurs liés au comportement, ainsi que des paramètres biologiques individuels. Toute personne couverte par l'assurance maladie est en droit de bénéficier de ces nouveaux services.

Le modèle de dépistage médical a été testé dans la plupart des régions du pays et porté à la connaissance des autorités sanitaires compétentes. Le programme précité sera suivi d'autres initiatives du ministère de la Santé:

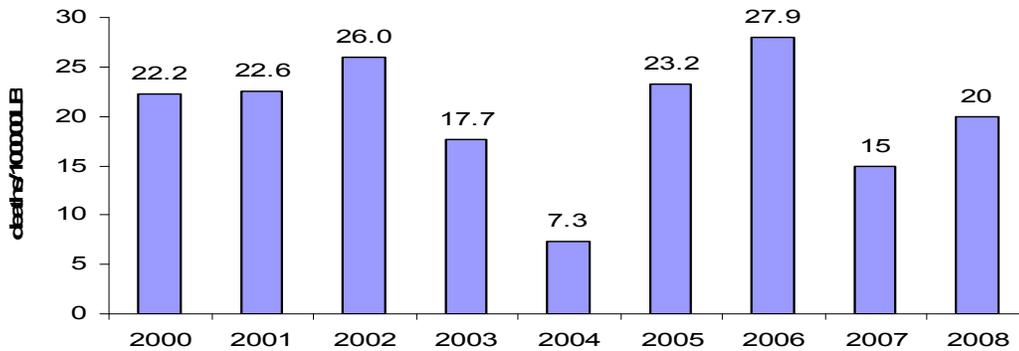
- fixation de règles relatives au système d'aiguillage des patients, de façon à garantir l'intervention de médecins spécialisés ;
- mise en place de protocoles de gestion des cas de maladies cardiovasculaires ;
- élaboration d'une stratégie globale de lutte contre les maladies cardiovasculaires en Albanie.

Mortalité infantile et maternelle Evolution de la mortalité infantile



Source:
Ministère de la Santé, 2009, données non publiées

Evolution de la mortalité maternelle



Les données statistiques du ministère de la Santé établies sur la base des chiffres renseignés par les établissements de santé publique montrent que le taux de mortalité infantile ne cesse de reculer au fil des ans. En 2009, ce taux était de 10 décès pour 1000 naissances vivantes.

La dernière étude nationale en date, à savoir l'Enquête démographique et sanitaire albanaise 2008-2009, réalisée par le ministère de la Santé en coopération avec l'UNICEF, l'OMS, le FNUAP et USAID et avec l'assistance technique de l'entreprise américaine MACRO, a permis de constater que le taux de mortalité infantile et post-infantile avait également baissé au cours des quinze dernières années.

Le taux de mortalité infantile a ainsi diminué de plus de moitié : de 35 décès pour 1000 naissances vivantes durant la période comprise entre 10 et 14 ans avant l'enquête, il a été ramené à une moyenne de 18 décès sur la période de cinq ans retenue aux fins de l'enquête (2003-2007). S'agissant des causes de décès liées à des maladies respiratoires aiguës, il est à souligner qu'elles ont, ces dernières années, régressé de 50% par rapport à 1990.

Il ressort en outre de l'enquête précitée qu'à peine 6% des enfants de moins de 5 ans ont présenté des symptômes d'affections aiguës de l'appareil respiratoire.

Mesures prises pour favoriser le recul de la mortalité infantile

Le recul constant de la mortalité et des maladies infantiles et post-infantiles a été et demeure une priorité de l'action et des politiques du ministère de la Santé.

Pour obtenir des résultats encore meilleurs en la matière, les efforts du ministère de la Santé se sont concentrés sur :

- l'amélioration qualitative des services de santé maternelle et infantile au niveau des soins primaires, secondaires et tertiaires, et ce en uniformisant les protocoles standards et actualisés concernant la médecine factuelle en matière de suivi de la prise en charge des mères et des enfants ;
- le relèvement du niveau scientifique et technique des connaissances des personnels de santé par le biais de formations dispensées à tous ceux qui travaillent dans ces services ;
- parachèvement du cadre juridique relatif à la protection de la santé maternelle et infantile, au moyen de nouveaux textes de loi, règlements et directives ;
- sensibilisation, éducation et mobilisation de tous les citoyens, des médias, etc., afin de faire comprendre que l'attention portée aux femmes et aux enfants constitue l'une des priorités essentielles du pays et n'est pas simplement du ressort des établissements de soins.

Afin de mettre ces mesures en œuvre, des initiatives concrètes ont été engagées. En voici la liste :

Elaboration de directives, règlements et normes uniformes en matière de santé maternelle et infantile dans les services de soins

Plusieurs normes et directives ont été élaborées concernant le suivi de l'éducation et du développement de l'enfant, dans le cadre du Programme national de gestion intégrée des maladies infantiles dont l'Albanie s'est doté en 2000. Sur la période 2004-2008, divers protocoles ont été revus, notamment ceux relatifs à l'allaitement maternel, aux soins prénatals, ou encore au suivi de l'éducation et du développement des enfants âgés de moins de 6 ans.

En 2009, les travaux devant conduire à l'adoption de protocoles en matière de soins pédiatriques et néo-natals ont débuté en coopération avec l'Institut Burlo Garofolo de Trieste (qui collabore avec l'OMS).

Toujours en 2009, des protocoles ont également été rédigés à propos de la prévention et de la protection des femmes et des enfants contre les abus, l'abandon, l'exploitation et la violence, ainsi que contre la prévention des pratiques domestiques favorisant la discrimination fondée sur le sexe. Entre 2007 et 2009, quelque 800 professionnels de santé (médecins et infirmières des services de médecine

générale, de pédiatrie et de gynécologie-obstétrique) ont travaillé sur les questions de prévention et d'orientation des cas de violences au foyer, et plus particulièrement sur la prévention de la violence exercée à l'encontre des femmes ou des enfants et de la violence sexiste.

Formation des personnels des services de santé maternelle et infantile afin d'améliorer leurs connaissances et compétences en la matière

Les médecins et infirmières des services de médecine générale, de pédiatrie et de gynécologie-obstétrique ont régulièrement bénéficié de formations sur divers aspects des soins pour enfants, de la prise en charge des femmes enceintes et de l'allaitement maternel, qui leur ont été dispensées conformément aux programmes nationaux que le ministère de la Santé a mis en place en collaboration avec différents organismes et diverses agences des Nations Unies telles que l'UNICEF, l'OMS, le FNUAP, etc.

Environ 600 médecins et 500 infirmières du nord-est du pays, notamment à Kukës, Dibër, Mat, Bulqiza, Burrel, Has, Tropoja et Korça, ont suivi une formation portant sur la gestion intégrée des maladies infantiles.

Tous les personnels des centres de consultation infantile de 36 régions du pays, ainsi que de toutes les maternités régionales ont reçu une formation concernant l'allaitement.

Les autorités ont par ailleurs conçu un dispositif permettant de s'assurer que l'ensemble des prestations de base relevant des soins de santé primaires sont disponibles et de passer en revue les structures en charge de la santé maternelle et infantile.

Une liste de contrôle et d'analyse des résultats obtenus par les services de santé maternelle et infantile a été dressée ; l'exécution en revient aux unités de monitoring mises en place dans la totalité des 36 directions régionales de la santé publique, qui se fondent pour ce faire sur une série d'indicateurs de santé maternelle et infantile, ainsi que sur le suivi et l'examen des visites prénatales et postnatales, sur les données du planning familial, sur les vaccinations, sur les statistiques de mortalité maternelle, sur le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans, sur la santé des nouveau-nés, sur les chiffres concernant l'allaitement au sein, etc.

Ce sont ces unités chargées de vérifier périodiquement la façon dont les centres de soins implantés dans les villes et les villages s'acquittent de leur mission qui, dans les faits, assurent les services de soins de santé primaires pour les enfants.

Le ministère de la Santé a publié un recueil national de conseils diététiques s'inspirant des recommandations de l'OMS et de la FAO, qui contient également un volet spécialement consacré à l'alimentation des nouveau-nés et des femmes enceintes.

Elaboration et mise en œuvre de programmes nationaux axés sur l'amélioration de la santé maternelle et infantile

Plusieurs programmes nationaux sont en outre déployés en coopération avec l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et USAID. En voici quelques-uns.

Programme « Pour une grossesse à moindre risque (MPS) / Favoriser les soins prénatals efficaces (OMS/UNICEF/FNUAP) »

Le Programme MPS mis au point par le Bureau régional pour l'Europe de l'OMS reprend l'une des composantes majeures de l'initiative lancée par l'OMS en faveur d'une « grossesse à moindre risque » dans cette région. La stratégie arrêtée en la matière dans notre pays est essentiellement axée sur la période critique des soins prénatals (22 semaines de grossesse) jusqu'à sept jours après la naissance, et entend permettre aux enfants de prendre un bon départ dans la vie sur le plan sanitaire; elle a ainsi pour objectif de faire reculer la mortalité maternelle et prénatale en encourageant les grossesses sans risque.

Le programme, que notre pays a repris à son compte en 2002, comporte trois grands volets :

- formation des personnels des services de soins de santé primaires concernant les soins prénatals et postnatals à prodiguer aux mères et aux nourrissons, ainsi que la prise en charge du nouveau-né et l'allaitement au sein ;
- établissement de protocoles consacrés aux soins prénatals et postnatals et à la prise en charge des nouveau-nés pour les soins de santé primaires ;
- amélioration du système de gestion et de supervision des services de santé maternelle et infantile dans le département qui s'occupe des soins de santé primaires.

Lors de la mise en œuvre dudit programme (2004-2008), des formations ont été dispensées aux personnels de santé dans plusieurs régions du pays, notamment Shkodra, Vlora et Korça. Au total, 70 médecins généralistes et 30 agents sanitaires en ont bénéficié. Les protocoles de soins prénatals pour les femmes enceintes ont été élaborés.

Des brochures visant à promouvoir la santé maternelle et infantile ont été réalisées et des actions portant sur ce même thème ont été menées dans un certain nombre de régions du pays, notamment celles de Shkodra, Malesi e Madhe, Vlora, Korça, Dibra et Kukës.

Programme national de « Soutien en matière de santé génésique et de planning familial en Albanie » élaboré avec le concours du FNUAP

Des programmes quinquennaux de coopération ont été élaborés avec le FNUAP depuis 1993. Le programme en cours, qui porte sur la période 2006-2010, s'articule autour des grands objectifs ci-après :

- soutien du ministère de la Santé au déploiement d'un ensemble de services de soins de santé primaires pour les mères et les enfants et de services de planning familial, en ce compris des normes de contrôle et de supervision, ainsi que des indicateurs de données ;
- aide à la conception de systèmes destinés à améliorer les résultats en misant sur la formation des ressources humaines et l'appréciation des performances, l'objectif étant d'offrir un large éventail de services de qualité - notamment en matière de planning familial – pour répondre aux nouveaux besoins (gestion des systèmes d'information concernant les enquêtes sur les moyens de contraception, les avortement, les MST ou encore les anomalies congénitales) ;
- mise en place à cet effet par l'Institut de santé publique, depuis 2008-2009, d'un système national d'observation de l'incidence des maladies sexuellement transmissibles (MST), des cas d'avortement et des constats d'anomalies congénitales ;
- aide à la formation continue de spécialistes de la famille, de personnel infirmier de proximité et de médecins généralistes sur les questions de santé en matière de procréation ;
- renforcement du volet consacré à la santé en matière de procréation dans les programmes des étudiants en médecine, en particulier pour les catégories précitées ; en 2008-2009, un module obligatoire sur la santé génésique des adolescents a été mis au point et les discussions en vue de son introduction sont en cours avec le ministère de l'Éducation ;
- promotion et renforcement des partenariats entre institutions gouvernementales, ONG et organismes de financement afin de coordonner les actions dans le domaine de la santé en matière de procréation, et ce par le biais des groupes de travail thématiques placés sous la direction du Comité national pour la santé en matière de procréation et d'autres instances interministérielles ;
- campagnes, actions de sensibilisation, cours et autres initiatives consacrées au planning familial, aux soins maternels, aux MST, etc., avec notamment la réalisation et la diffusion de supports IEK, affiches, dépliants et autres.

Programme national de « Gestion intégrée des maladies infantiles » en coopération avec l'OMS et l'UNICEF – Lancé en 2000, il a été expérimenté au départ dans le nord-est du pays, où les indicateurs de mortalité infantile étaient deux fois supérieurs aux données observées dans le reste du pays.

Ce programme s'est traduit par d'importantes interventions. On retiendra notamment celles-ci :

- formation de personnels de santé concernant le suivi, le traitement et l'orientation d'enfants de moins de 5 ans ;
- définition de dix règles d'or pour une meilleure santé maternelle et infantile, dans le but de mobiliser toute la collectivité sur ces questions.

Parmi les résultats obtenus au fil des ans grâce à ce programme, il faut citer :

- l'approfondissement des connaissances les plus récentes des personnels travaillant dans les services de santé maternelle et infantile implantés dans ces zones ;
- l'implication et la coopération de la collectivité dans les questions touchant à la santé maternelle et infantile ;
- une meilleure compréhension par les familles des questions qui portent sur les soins de santé, l'éducation et le développement de l'enfant.

Tout ceci a permis d'améliorer la situation en matière de santé infantile dans ces régions, où l'on a du reste observé un recul sensible de la mortalité infantile et post-infantile. Ainsi, dans la région de Tropoja, l'une des zones reculées du nord-est de l'Albanie, la mortalité infantile, qui atteignait en 2000 jusqu'à 30 décès pour 1000 naissances vivantes (soit deux à trois fois plus que le taux national), a été ramenée à 11 pour 1000 en 2007.

Programme national de promotion de l'allaitement maternel et création, depuis 1996, d'unités hospitalières affichant le label « Amis des bébés » - UNICEF / Ministère de la Santé

Ce programme a pour objectif d'améliorer l'allaitement maternel et de suivre la mise en œuvre de la loi n° 8528 du 23 septembre 1999 relative à la promotion et à la défense de l'allaitement maternel, qui entend assurer une saine nutrition de l'enfant en réglementant, sur la base du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, les usages commerciaux en la matière.

D'autre part, un projet a été lancé depuis 1996, avec l'aide de l'UNICEF et de l'OMS, en vue de créer des unités hospitalières affichant le label « *Amis des bébés* » - initiative qui encourage et soutient l'allaitement maternel. Sur les douze maternités régionales que compte l'Albanie, dix sont à présent homologuées « *Amis des bébés* » ou sont en passe de l'être.

Le programme permet ainsi :

- d'organiser chaque année des formations concernant l'allaitement maternel dans 36 régions du pays ;
- de réaliser du matériel pédagogique traitant de l'allaitement maternel ;
- d'évaluer et d'homologuer tous les deux ans des unités hospitalières affichant le label « *Amis des bébés* » ;
- suivre tous les cinq ans les indicateurs nationaux relatifs à l'allaitement maternel.

Programme « Réforme de la santé maternelle et infantile 2008 – 2010 » mené par le ministère de la Santé en coopération avec l'OMS et l'Agence espagnole pour la coopération et le développement

Ce programme s'articule autour des grands objectifs ci-après :

- améliorer l'état de santé des femmes, des enfants et des nourrissons en Albanie en renforçant :
- les capacités et le rôle moteur du ministère de la Santé ;
- les services de santé maternelle et infantile dans le secteur des soins de santé primaires et secondaires.

Pour réaliser cet objectif, divers projets et activités sont déployés à l'échelon national et régional ; ils sont essentiellement axés sur :

- la refonte et la restructuration des services de santé maternelle et infantile ;
- l'amélioration de la qualité et le maintien des services de santé maternelle et infantile.

Au niveau national, il s'agit principalement :

- d'accroître la capacité du ministère de la Santé à suivre et gérer les services de santé maternelle et infantile ;
- de revoir et étoffer les normes et manuels cliniques en matière de santé maternelle et infantile ;
- de revoir les programmes de cours universitaires et post-universitaires concernant la santé infantile ;
- d'intensifier la formation et l'éducation continues pour les personnels de santé ;
- de renforcer le volet consacré à la santé maternelle et infantile dans le système national d'information sanitaire.

Au niveau régional, le ministère de la Santé a choisi de mener les projets pilotes dans trois régions : celle de Shkodra (districts de Shkodra, Puka, Malësi et Madhe,) celle de Vlora (districts de Vlora, Saranda et Delvina), et celle de Korça (districts de Korça, Pogradec, Kolonja et Devolli).

Les projets qui seront entrepris durant cette période consisteront pour l'essentiel à :

- Une évaluation qualitative des maternités et des unités pédiatriques a été réalisée dans les districts de Shkodra, de Vlora et Korça (par une équipe internationale composée d'agents du Bureau de Copenhague de l'OMS, au moyen d'un outil conçu par cette Agence) ;
- former le personnel des maternités et unités de soins néo-natals des districts de Shkodra, de Vlora et de Korça (avec des instructeurs internationaux de l'OMS) ;
- former les responsables de services de santé maternelle et infantile à la prise en charge des mères, sous la conduite d'experts de l'OMS (Bureau de Copenhague) ;
- entamer la restructuration de la médecine scolaire ;
- entreprendre la réorganisation du système d'orientation en matière de soins de santé maternelle et infantile.

Programme national 2009 – 2012 de lutte contre la malnutrition des enfants albanais, financé par le Gouvernement espagnol et mis en œuvre grâce à l'assistance technique de l'UNICEF, de la FAO et de l'OMS, approuvé le 14 décembre 2009 par le Ministre de la Santé et le Ministre de l'Agriculture, de l'Alimentation et de la Protection des consommateurs.

Ce programme conjoint a pour but de lutter contre la malnutrition et l'insécurité alimentaire en Albanie au sein de catégories de la population qui comptent dans leurs rangs des enfants fortement exposés à de tels risques ; il entend pour ce faire renforcer les politiques de développement des compétences techniques à l'échelon national et local.

Le programme met l'accent sur la nutrition en s'appuyant sur les programmes permanents obtenus, avec l'aide de l'OMS, de l'UNICEF et de la FAO, dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Il s'inscrit dans le droit fil du programme de l'ONU « Unis dans l'action » en Albanie, en ce qu'il tend à une gestion des affaires publiques plus transparente et plus responsable, à la mise en place de politiques nationales plus efficaces et à une meilleure qualité des services publics. Il contribue plus particulièrement à la réalisation des Objectifs OMD1 (éradiquer la pauvreté et réduire de moitié la malnutrition), OMD4 (faire reculer la mortalité infantile) et OMD5 (améliorer la santé maternelle).

Il est associé à plusieurs volets et objectifs de la Stratégie nationale de développement et d'intégration et vient ainsi appuyer directement l'une de ses priorités, à savoir un développement économique, social et humain qui soit rapide, équilibré et durable – et qui permette de surcroît de réduire le taux de mortalité infantile d'ici 2015.

L'exécution du Programme conjoint sera confiée au ministère de la Santé, au ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation et de la Protection des consommateurs, à INSTAT-it, à des institutions spécialisées, aux collectivités régionales et à des organisations issues de la société civile, avec le concours de l'UNICEF, de l'OMS et de la FAO. Le ministère de la Santé aura pour mission de réaliser les objectifs généraux du programme et de coordonner sa mise en œuvre avec le ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation et de la Protection des consommateurs et, avec d'autres acteurs de premier plan.

Le programme sera déployé dans cinq districts du nord de l'Albanie (dans les préfectures de Shkodra et Kukes), ainsi que dans deux municipalités péri-urbaines à Tirana. Ces zones sont les plus touchées par la malnutrition des enfants (dont on constate en particulier qu'ils sont de petite taille) ; elles comptent un grand nombre de Roms et sont touchées par la pauvreté (en milieu rural) ou par le chômage (en milieu urbain).

Certaines zones du nord-est du pays, qui ont déjà reçu le soutien du Programme « Unis dans l'action » de l'ONU, se retrouvent également dans les actions concernant l'emploi des jeunes et les migrations mises en place par le Fonds pour la réalisation des OMD (PNUD – Espagne), ainsi que dans le Programme de l'OMS consacré à la santé maternelle et infantile que soutient le Gouvernement espagnol.

Il s'agit, à travers le Programme en question, d'intégrer plusieurs objectifs et priorités du Gouvernement albanais dans les domaines de la santé et de l'agriculture, et ce grâce à :

- une aide en vue de l'élaboration de politiques en la matière;
- un ensemble coordonné d'actions (interventions directes et formation de prestataires essentiels) destinées à lutter contre la sous-alimentation des femmes et des enfants dans des régions fort touchées par le phénomène – tant en milieu rural que péri-urbain -, et intégration d'un certain nombre de secteurs dont s'occupe le ministère de la Santé.

Actions futures envisagées pour améliorer la santé maternelle et infantile

Afin d'améliorer la santé maternelle sur la période 2010-2015 et de réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement, le ministère de la Santé a fixé une série de buts et objectifs qui sont repris dans le **Document stratégique et le Plan d'action de la Stratégie 2010-2015 relative à la santé en matière de procréation, adoptés par un arrêté du Ministre de la Santé en date du 17 novembre 2009.**

Objectifs à l'horizon 2015

- Faire baisser la mortalité infantile de 10%.
- Faire baisser de 10% la mortalité des enfants de moins de 5 ans.
- Faire baisser de moitié la mortalité des nouveau-nés.
- Porter à 60 % le pourcentage d'enfants exclusivement nourris au sein (contre 35% actuellement).
- Porter à plus de 90% le pourcentage d'enfants âgés de 6 mois qui commencent à recevoir une alimentation complémentaire (contre 70% actuellement).
- Porter à 80% le pourcentage d'enfants pour lesquels l'allaitement au sein se poursuit au cours de leur deuxième année.
- Diminuer de 30% l'incidence des maladies respiratoires aiguës chez les moins de 5 ans.
- Diminuer de 30% l'incidence des maladies diarrhéiques chez les moins de 5 ans.
- Porter à plus de 98% le pourcentage d'enfants auxquels ont été administrés les vaccins classiques selon le calendrier normal de vaccination.

Pour réaliser ces objectifs, il a notamment été prévu de :

- Fournir les soins de santé essentiels à tous les nouveau-nés.
- Mettre en place un système national de contrôle et d'évaluation des services de santé destinés aux mères et aux nouveau-nés.

- S'assurer que chaque établissement de soins de santé maternelle et infantile propose une formule efficace et moderne d'allaitement au sein en suivant les dix étapes nécessaires à sa réussite.
- Prévenir la malnutrition et les carences en oligo-éléments dans la petite enfance.
- Prévenir les maladies contagieuses et autres affections par des campagnes de vaccination qui contribuent à accroître la couverture vaccinale des enfants contre les maladies contagieuses évitables.
- Réduire l'incidence des grandes maladies infantiles, qui sont la principale cause de la mortalité, et ce grâce au plan de gestion intégrée des maladies infantiles.
- Prévenir les maladies et infections liées à la nourriture et à l'alimentation.
- Prévenir les mauvais traitements et comportements violents entre les enfants et les adolescents.
- Veiller à dépister et prendre très tôt en charge les problèmes de développement de l'enfant.
- Prévenir la consommation et l'abus de certaines substances, du tabac, de l'alcool et des drogues chez les enfants et les adolescents.

Les actions à mettre en œuvre à cet effet consistent notamment à :

- Régionaliser les soins néonataux selon les niveaux d'intervention.
- Former le personnel des services d'obstétrique et de soins néonataux aux pratiques (fondées sur l'expérience clinique) à suivre pour la prise en charge de nouveau-nés.
- Intégrer les indicateurs de soins périnataux dans le système national des indicateurs de santé, en les ventilant selon la situation économique et sociale, le sexe, ou encore la localisation géographique.
- Sensibiliser tous les services de maternité des hôpitaux régionaux qui ont reçu le label « Amis des bébés » dans le cadre de l'initiative menée par l'OMS/UNICEF à l'allaitement au sein (dix étapes).
- Elaborer des protocoles uniformes concernant le suivi régulier de l'éducation et du développement des enfants à l'usage des personnels des services de soins de santé primaires.
- Surveiller et évaluer en permanence l'état nutritionnel des enfants et des femmes enceintes.
- Intervenir par des actions de promotion et d'éducation à la santé pour sensibiliser les familles et la collectivité aux modes d'alimentation sains et à l'activité physique en tenant compte des différences entre les sexes.
- Administrer aux enfants, dans les délais requis, tous les vaccins que prévoit le calendrier national de vaccination et inclure de nouveaux vaccins dans le programme de vaccination.
- Promouvoir et appliquer la « gestion intégrée des principales maladies infantiles » pour suivre et traiter les enfants de moins de 5 ans dans tous les services de soins infantiles.
- Encourager la mise en place de programmes pédagogiques en vue de lutter contre la maltraitance et la violence en milieu scolaire, dans les familles et au sein de la collectivité.
- Apporter un soutien socio-psychologique aux services de santé qui s'occupent d'enfants et adolescents qui évoluent dans un environnement touché par la violence.
- Promouvoir les programmes axés sur le développement cognitif précoce et la stimulation psychosociale des enfants en s'attachant tout spécialement aux groupes d'enfants qui ont des besoins particuliers ou qui sont défavorisés.

Evolution du taux de mortalité maternelle et mesures prises en la matière

L'évolution des indicateurs de la mortalité maternelle indiquent que son taux recule au fil des ans. Les données du ministère de la Santé recueillies par nos établissements de soins et par l'Office des statistiques, de même que les chiffres obtenus à partir des certificats de décès montrent que le nombre de cas de mortalité maternelle diminue chaque année. En 2009, aucun décès maternel n'a été signalé dans notre pays.

Les indicateurs de soins prénatals, tels qu'ils ressortent des informations communiquées au ministère de la Santé et de la dernière étude des services de santé (2008-2009), font apparaître que 98% des femmes ont bénéficié de soins prénatals durant la grossesse. Quelque 98% des accouchements ont eu lieu dans un établissement de soins et 2% environ à domicile, avec une assistance médicale.

Mesures prises pour lutter contre la mortalité maternelle Les dispositions législatives et réglementaires qui traitent de la santé maternelle sont notamment les suivantes.

- L'article 2 (Définitions) de la loi n° 9198 du 1^{er} juillet 2004 relative au traitement équitable entre les sexes dans la société dispose que *"le fait de prévoir une protection particulière pour les femmes durant la grossesse, lors de l'accouchement et en cas de maladie ne saurait constituer une discrimination ni une atteinte à l'égalité des droits entre les hommes et les femmes"*.
- La loi n° 8876 du 7 avril 2002 relative à la santé en matière de procréation garantit, dans plusieurs de ses articles, une protection plus particulièrement axée sur la santé maternelle et infantile.
- L'arrêté ministériel n° 397 du 20 mai 1996 tel que modifié par l'arrêté ministériel n° 185 du 3 mai 2002, a mis en place des dispositions relatives à la protection spéciale des femmes enceintes et des mères. Son paragraphe 5, qui porte sur les horaires de travail des femmes enceintes et des mères allaitantes, précise

qu'elles ne peuvent travailler avant 5 heures du matin l'été (6 heures l'hiver) ni après 20 heures ; elles ont droit en outre à des pauses rémunérées durant la journée, dont la durée ne peut être inférieure à 20 minutes par tranche de 3 heures de travail ininterrompues.

- L'article 108 du code du travail interdit le travail de nuit des femmes enceintes.
- Le code du travail contient des règles particulières concernant la protection des femmes qui travaillent. L'article 54.3 dispose que *les femmes enceintes amenées à travailler continuellement en station debout doivent se voir accorder une pause de 20 minutes toutes les quatre heures*. Ce même code interdit aussi d'affecter des femmes enceintes ou allaitantes à des activités qui les exposeraient à des conditions de travail et à des facteurs de risque qui pourraient constituer un grave danger pour leur santé. La liste des emplois jugés représenter, du fait de l'exposition à certaines substances ou en raison des conditions de travail, une menace pour la santé et la sécurité des femmes enceintes, ayant accouché depuis peu ou allaitantes figure dans l'arrêté n° 207 définissant les travaux difficiles ou dangereux, adopté en Conseil des Ministres le 9 mai 2002.
- La santé des femmes en matière de procréation fait l'objet d'une protection particulière dans la législation albanaise. Il leur est strictement interdit de travailler dans les 35 jours qui précèdent et les 42 jours qui suivent l'accouchement ; en cas de grossesse multiple, ces délais sont plus longs. A l'issue de ce congé, l'intéressée peut choisir de reprendre le travail ou de continuer à s'occuper de son enfant. Si elle opte pour la deuxième solution, l'employeur est tenu de lui garder son poste pendant douze mois. Les mères adoptives ont droit à un même congé.

Amélioration de la qualité des services de santé maternelle

Lors de l'élaboration du programme de base des services de soins de santé primaires (évoqué plus haut), ont été clairement précisés :

- les services à proposer aux femmes enceintes, ainsi que leur objet ;
- le suivi et la prise en charge des femmes durant la grossesse et après l'accouchement ;
- les soins préventifs et la promotion de la santé maternelle en milieu familial et au sein de la collectivité ;
- les compétences exigées des personnels appelés à assurer ces services, les modalités pour se porter candidat comme prestataire, ainsi que les services à fournir à la collectivité ;
- les normes à respecter conformément aux directives en matière de pratiques cliniques établies par les départements universitaires de médecine générale et de pédiatrie ;
- les équipements et produits pharmaceutiques que doit posséder le centre de soins pour assurer le service proposé aux mères et aux enfants, ainsi qu'une documentation médicale harmonisée.

Approfondissement des connaissances des personnels de santé concernant la prise en charge des femmes durant la maternité – Des formations ont été organisées à l'intention de médecins généralistes, de gynécologues et obstétriciens, d'infirmières et de sages-femmes concernant le suivi, le traitement et l'orientation des femmes durant la grossesse, l'allaitement au sein, les soins prénatals et les soins post-natals.

Afin d'examiner la situation relative à la mortalité maternelle et infantile, le Ministre de la Santé a, par un arrêté (n° 58) en date du 15 février 2008, remanié le Comité national pour la santé en matière de procréation. Les missions de ce dernier prévoient notamment de suivre en permanence la situation relative à la santé en matière de procréation telle qu'elle évolue dans le pays, en s'intéressant plus spécialement à la santé (ce qui englobe les affections et la mortalité) maternelle et infantile.

Le Comité, qui est présidé par le Vice-ministre de la Santé, est composé de représentants des principales institutions sanitaires et des ministères qui s'occupent de ces questions - le ministère de l'Education et des Sciences, le ministère du Travail, des Affaires sociales et de l'Egalité des chances, ainsi que le ministère du Tourisme, de la Culture, de la Jeunesse et des Sports. Y siègent également des membres de plusieurs organisations partenaires au niveau national et international ainsi que des Nations Unies qui travaillent dans le domaine des soins infantiles – l'OMS, l'UNICEF, USAID, le FNUAP, etc. Le Comité se réunit d'ordinaire quatre fois par an.

Education et promotion sanitaire en milieu familial et au niveau des collectivités concernant les grossesses sans risque – Les activités menées à ce titre incluent :

- actions de sensibilisation pour une grossesse sans risque ;
- formation des médias sur les divers aspects de la santé en matière de procréation (planning familial, santé mentale, MST, etc.) ;
- utilisation de tous les moyens et supports médiatiques, notamment des émissions-débats à la radio et à la télévision, ou encore des articles dans différents quotidiens nationaux sur diverses questions ayant trait à la santé maternelle et infantile ;

- distribution, auprès des citoyens et dans les établissements scolaires des différentes régions du pays, de dépliants et brochures concernant l'allaitement au sein, la vie d'une femme lorsqu'elle porte un enfant en elle, l'utilisation du sel iodé, etc. ;
- actions d'informations au sein de la collectivité menées par divers organismes (projets), dont USAID, l'UNICEF, le FNUAP, la Croix-Rouge américaine, le Corps des volontaires de la paix, Caritas Albanie, etc., ainsi que différentes ONG travaillant dans le domaine de la santé. Leurs interventions sont principalement axées sur l'importance de l'allaitement au sein, sur les avantages du lait maternel, sur le planning familial, sur les soins prénatals et post-natals, etc. ;
- formation d'éducateurs dans 36 régions du pays, consacrée aux questions de santé maternelle et infantile ;
- publication tous les trois mois par le ministère de la Santé, depuis 2008, du « Magazine de la santé en matière de procréation », dont les sujets centraux sont la santé de la mère, de l'enfant et des adolescents, la grossesse, l'alimentation des nourrissons, le développement de l'enfant, etc. ;
- formation dispensée aux populations par des éducateurs dans cinq régions du pays (Shkodra, Berat, Korça, Lezha et Dibra), en coopération avec l'équipe du projet Pro-Health-USAID, concernant les problèmes de nutrition chez l'enfant, les soins prénatals et le planning familial.

Mesures à venir destinées à améliorer la santé maternelle

Afin d'améliorer la santé maternelle sur la période 2010-2015 et de réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement, le ministère de la Santé a fixé une série de buts et objectifs qui sont repris dans le **Document stratégique et le Plan d'action de la Stratégie 2010-2015 relative à la santé en matière de procréation, adoptés par un arrêté du Ministre de la Santé en date du 17 novembre 2009.**

Buts à atteindre d'ici 2015

- *Ramener le taux de mortalité maternelle à 11 décès pour 100 000 naissances vivantes.*
- *Ramener le taux de mortalité périnatale à 10 décès pour 1000 naissances vivantes.*
- *Faire tomber à moins de 30% les cas d'anémie chez les femmes enceintes (taux d'hémoglobine inférieur à 100g/l).*
- *Porter à 95% le pourcentage de femmes qui bénéficient d'une prise en charge prénatale.*
- *Porter à plus de 90% le pourcentage de femmes enceintes qui passent quatre visites de contrôle (examens de base) dans le cadre de la prise en charge prénatale.*
- *Porter à 85% le pourcentage de femmes qui effectuent au moins un bilan médical post-natal.*
- *Porter à plus de 98% le pourcentage de naissances assistées par un personnel médical compétent.*
- *Faire baisser de moitié les cas de complications obstétriques.*
- *Diminuer de 30% le pourcentage d'avortements provoqués.*

Grands objectifs

- Offrir aux femmes un service de qualité pour la prise en charge de la grossesse – avant, pendant et après celle-ci.
- Prévenir et détecter rapidement les complications et symptômes dangereux durant la grossesse et lors de la période post-natale, afin que tous les accouchements s'effectuent sans risque et avec l'assistance d'un personnel médical qualifié.
- Améliorer la situation des femmes sur le plan nutritionnel avant et pendant la grossesse, lors de l'accouchement et après la naissance.
- Mener des actions d'éducation, de communication et d'information auprès des femmes, des familles et des citoyens en général pour insister sur l'importance de prendre les femmes en charge avant et pendant la grossesse, lors de l'accouchement et après la naissance.
- Apporter des améliorations au système de gestion, de supervision, de contrôle, d'analyse et d'information concernant la santé maternelle.

Principales interventions pour réaliser ces objectifs

- Formation interne (éducation permanente) pour développer les aptitudes des médecins et infirmières dans la prise en charge avant la grossesse, en période prénatale, durant la grossesse et après la naissance.
- Mise en place d'un système d'orientation dans douze régions, destiné à gérer et/ou rediriger des structures sanitaires territoriales vers les centres de soins du Service de soins de santé primaires, ou vers les hôpitaux régionaux, les grossesses à hauts risques et les cas de complications survenant avant, pendant et après l'accouchement.
- Définition de protocoles standards pour la prise en charge pré-grossesse, prénatale et post-natale à l'usage des services de soins de santé primaires et des services hospitaliers.

- Accroissement des aides financières destinées aux services de santé maternelle dans les régions pauvres du pays, en milieu rural, ainsi que pour ceux qui s'occupent de catégories marginalisées et de groupes socialement défavorisés (Roms, mères célibataires, etc.).
- Renforcement des services de nutrition pour les femmes lors de la prise en charge prénatale et post-natale, avec intégration dans la couverture de base des services de soins de santé primaires.
- Elaboration de mécanismes permettant d'associer les femmes et les citoyens aux efforts engagés pour améliorer la qualité des soins de santé maternelle, ainsi qu'à la conception et à la mise en œuvre de programmes en la matière.
- Etablissement d'un système unifié d'indicateurs de performance des services de soins de santé maternelle.
- Organisation de campagnes dans les médias et les collectivités concernant les besoins particuliers rencontrés durant la grossesse et pendant l'allaitement au sein, ainsi que sur la consommation appropriée de produits à finalité nutritionnelle, sur les accouchements sans risque, sur les congés de maternité et sur la prise en charge post-natale.

Système de soins de santé Le service sanitaire albanais

L'Etat reste le principal pourvoyeur des services de santé pour la population albanaise; c'est lui aussi qui s'occupe au premier chef de la promotion de la santé, ainsi que des questions de prévention, de diagnostic et de traitement.

Les prestataires privés continuent de se développer, mais leur présence se limite en réalité au secteur pharmaceutique et au secteur dentaire, à un certain nombre de centres de soins ambulatoires proposant des examens spécialisés – notamment à Tirana –, et à trois hôpitaux.

Dans le secteur public, l'élaboration des politiques et stratégies sanitaires est d'abord du ressort du ministère de la Santé ; il joue ici un rôle de régulateur et coordonne tous les intervenants internes et externes du système.

Le diagnostic et le traitement sont, dans notre système de santé, organisés à trois niveaux: les soins de santé primaires, les soins de santé secondaires (avec les hôpitaux régionaux) et les soins de santé tertiaires (qui englobent des services plus spécialisés, notamment le Centre hospitalier universitaire "Mère Teresa", deux hôpitaux spécialisés dans les soins obstétriques et gynécologiques, et un hôpital spécialisé dans les affections pulmonaires.

Des services de santé publique sont déployés dans 36 régions du pays en s'appuyant sur des structures budgétaires (les Directions de la santé publique) ; s'ajoute à cela une Inspection sanitaire nationale, financée et supervisée par l'Institut de Santé publique. Parmi les autres grands établissements sanitaires qui proposent des services, il faut notamment citer le Centre national de transfusion sanguine, le Centre pour l'éducation et le développement de l'enfant, le Centre national de certification qualitative et d'agrément des établissements sanitaires, le Centre universitaire de stomatologie, le Centre national pour un système d'enseignement durable, le Centre biomédical national et le Centre national de lutte contre la drogue.

La Caisse d'assurance maladie est le seul organisme qui propose une couverture médicale en Albanie.

Egalité d'accès aux soins de santé

La loi n° 10107 du 30 mars 2009 relative aux soins de santé en République d'Albanie dispose que : *La présente loi s'applique à toutes les personnes physiques et morales, de nationalité albanaise ou étrangère, qui exercent des activités dans le système de soins de santé ».*

Article 37

Soins de santé pour les ressortissants étrangers

1. Les soins de santé prodigués dans les établissements sanitaires aux ressortissants étrangers qui résident en Albanie sont dispensés sur la base des accords internationaux en la matière ou selon le principe de réciprocité.
2. En l'absence d'accord international, ou lorsque le principe de réciprocité ne s'applique pas, les ressortissants étrangers ont accès aux services de santé sur la base des dispositions de la présente loi et de la loi relative au financement des soins de santé.
3. Les ressortissants étrangers qui ont besoin de soins relevant d'une urgence médicale sont pris en charge dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent aux citoyens albanais. En cas de décès d'un ressortissant étranger survenant dans un établissement de soins, le directeur de ce dernier en informera immédiatement les services de l'ambassade du pays concerné.

Gestion des listes d'attente et délais d'attente

Dans le système de santé publique, l'aiguillage des patients est régi par l'arrêté n° 52 du 12 octobre 2009 du Ministre de la Santé, qui a pour but d'encadrer l'activité des médecins, de réglementer le transfert des patients entre les différents niveaux d'intervention, de renforcer le rôle du médecin généraliste, d'alléger la pression et la charge de travail qui pèsent sur les hôpitaux, et de lutter contre les phénomènes de corruption.

Professionnels et équipements de santé

Le système hospitalier du secteur public se compose en Albanie de 50 hôpitaux d'une capacité d'accueil de 9 000 lits ; en 1992, le pays comptait 160 hôpitaux dans le secteur public, pour une capacité d'accueil de 14 000 lits. Le taux d'occupation des lits se situe entre 50 et 55%.

L'étude réalisée en 2008 par la Banque mondiale sur la reconfiguration du secteur de la santé recommande de ramener le nombre d'hôpitaux à un par région. L'Albanie est organisée en 12 régions. Dans le même temps, l'étude préconise de réduire d'au moins 586 unités le nombre de lits dans les régions, de façon à arriver à un taux d'occupation de 68%, contre 43% actuellement (sauf à Tirana). Cette analyse prend en compte la population de chaque région, le taux d'occupation des lits et le taux d'incidence des maladies. Il convient de souligner que la démographie albanaise se caractérise par des déplacements manifestes de population qui quittent les régions montagneuses et le nord-est du pays pour s'installer le long du littoral et dans les plaines. Dans certaines régions, il faut donc augmenter le nombre de lits, tandis que dans d'autres, il faut le diminuer. Dans l'intervalle, les autorités encouragent le développement du secteur privé, de sorte que sa capacité d'accueil augmente - est d'environ 400 lits, principalement à Tirana.

Afin de désinstitutionnaliser les malades mentaux, comme le prévoit la Stratégie en matière de santé mentale, le nombre de lits disponibles pour les patients atteints de maladies chroniques diminue progressivement au profit des centres communautaires de santé mentale.

53. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 11§1 AZERBAÏDJAN

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

- rien ne permet d'établir que des mesures adéquates ont été prises pour faire baisser le taux de mortalité maternelle,
- et que le budget alloué aux soins de santé est manifestement insuffisant.

Premier et deuxième motifs de non-conformité

54. Le représentant de l'Azerbaïdjan a fourni par écrit les informations suivantes :

« Concernant la conclusion du Comité européen des Droits sociaux selon laquelle la situation en Azerbaïdjan n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte révisée en raison du taux élevé de mortalité infantile et maternelle et du faible budget de la santé, nous souhaitons présenter les mesures prises par le Gouvernement de l'Azerbaïdjan.

Le 15 septembre 2006, le Cabinet des Ministres de la République d'Azerbaïdjan a approuvé le « Plan d'action sur la protection de la santé maternelle et infantile ». Ce Plan d'action vise à étendre et améliorer les services médicaux et à réduire ainsi le taux de mortalité infantile et maternelle. Le Programme prévoit la création de sept centres de soins périnataux modernes dans tout le pays, donc cinq sont déjà opérationnels.

Conformément à l'arrêté du ministère de la Santé du 16 novembre 2007, les centres régionaux ont été organisés de manière à améliorer la prise en charge médicale des naissances. Les Instructions sur la prestation des services obstétriques-gynécologiques dans les maternités des cliniques et des polycliniques (approuvées par l'arrêté du ministère de la Santé du 5 décembre 2008) et la Stratégie nationale sur la santé génésique et le planning familial (approuvée par l'arrêté du ministère de la Santé du 5 décembre 2009) ont été adoptées. La Stratégie nationale sur la santé génésique et le planning familial inclut les domaines de la santé des mères et des nouveau-nés, du planning familial, des infections sexuellement transmissibles, de la santé génésique des adolescents, etc. Des instructions ont été élaborées au sujet des soins prénatals pour les femmes enceintes, de l'efficacité des soins néonataux, de la réanimation des nouveau-nés et de la transmission néonatale. Conformément aux

recommandations sur l'introduction des critères de l'OMS concernant les naissances vivantes, des propositions pour les documents juridiques et méthodologiques pertinents sont en cours d'élaboration.

Grâce à ces mesures, les taux de mortalité maternelle et infantile ont été réduits, passant respectivement à 24,3 pour 100 000 et 11,3 pour 100 000 naissances vivantes en 2009.

Le budget de la santé a augmenté. En 2009, le Gouvernement d'Azerbaïdjan a alloué 502 millions de manats pour les soins de santé (358 millions de manats en 2007). Le budget de la santé a augmenté de 50 % par rapport à 2008. »

55. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 11§1 BULGARIE

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

- les autorités n'ont pas pris les mesures appropriées pour remédier aux problèmes sanitaires auxquels se trouvent confrontées les communautés roms du fait de leurs conditions de vie souvent insalubres et de la difficulté d'accès aux services de santé;
- les services médicaux proposés aux personnes démunies ou socialement vulnérables ayant perdu leur droit à l'assistance sociale ne sont pas suffisants.

Premier et deuxième motifs de non-conformité

56. La représentante de la Bulgarie a fourni par écrit les informations suivantes :

« - L'une des dispositions législatives incriminées est l'article 12.c de la loi relative à l'assistance sociale. Comme elle fait l'objet d'une autre réclamation collective (n° 48/2008) contre la Bulgarie, le ministère du Travail et de la Politique sociale a constitué un groupe de travail chargé d'élaborer des propositions pour la modifier (pour plus d'informations sur la réclamation n° 48/2008, voir *infra*). Après la présentation du rapport du groupe au ministre compétent, l'article 12.c. a été abrogé en mars 2010. L'amendement entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

- L'Agence pour l'assistance sociale effectue un suivi hebdomadaire des personnes qui ne peuvent plus prétendre à l'assistance sociale ; elle prend donc des mesures, de pair avec l'Agence nationale pour l'emploi, pour les aider à trouver leur voie au plan professionnel et ce faisant, leur proposer une solution à long terme. Des mesures spécifiques sont prévues pour les Roms sans emploi inscrits sur les registres des bureaux de placement : Programme national pour l'alphabetisation et l'éducation des Roms, Programme national « De l'assistance sociale à l'emploi », et Programme national « Activation des inactifs ». Dans les bureaux de placement, des médiateurs roms secondent les employés dans les procédures de recherche d'emploi pour les chômeurs roms ou pour inciter ces derniers à participer à divers programmes de renforcement de leurs compétences. Des bourses pour l'emploi destinées spécifiquement aux Roms ont aussi été organisées.

- Bon nombre de personnes ayant perdu leur droit à l'allocation mensuelle versée au titre de l'assistance sociale perçoivent une prime de chauffage. Il s'ensuit que, même si elles ne peuvent plus prétendre au versement de l'allocation mensuelle d'assistance sociale, elles continuent d'être exemptées du paiement des cotisations de l'assurance maladie (lesquelles sont portées à charge du budget de l'État).

- Par ailleurs, aux termes de la loi relative à l'assurance maladie, tous les ressortissants bulgares ont accès aux soins médicaux d'urgence et les femmes, aux soins obstétricaux, quelle que soit l'étendue de la couverture d'assurance maladie obligatoire.

- Le décret n° 17 du Conseil des ministres du 31 janvier 2007 — qui fixe les procédures d'utilisation des fonds destinés à la prise en charge des frais de diagnostic et de traitement à l'hôpital en cas d'hospitalisation de citoyens bulgares n'ayant ni revenu ni patrimoine pour cotiser personnellement à l'assurance maladie — a établi un mécanisme de paiement des frais de traitement à l'hôpital des citoyens bulgares sans revenus. En pareil cas, les frais inhérents au traitement hospitalier sont couverts par le budget du ministère du Travail et de la Politique sociale. Dans un premier temps, il a été décidé de proroger d'une année (soit jusqu'à l'année 2008 incluse) la durée d'application du décret susmentionné. Cependant, le 9 février 2009, le décret n° 27 fixant les modalités d'exécution du budget

de l'État a totalement aboli toute limite temporelle, de sorte que les dispositions du décret s'appliquent dorénavant à chaque exercice financier.

Situation au début 2010:

- Les activités liées à la mise en œuvre de la «Stratégie de santé 2005-2015 en faveur des personnes défavorisées appartenant à des minorités ethniques» se poursuivent. En 2009, 4 197 examens ont ainsi été effectués par des unités médicales mobiles, dont des examens généraux, prophylactiques, gynécologiques et pédiatriques. Il a également été procédé à de nombreux contrôles biochimiques et tests en laboratoire, de même qu'à des examens de dépistage de maladies entraînant de lourdes conséquences sociales. Dans le budget du ministère de la Santé 750 000 levs bulgares sont affectés pour 2009. Quelque 80 000 examens ont été effectués entre 2006 et 2009. Ces activités s'inscrivent dans le cadre des engagements pris en faveur de l'accès aux soins médicaux et prophylactiques des personnes défavorisées sans aucune assurance maladie.

- Fin mars 2008 s'est achevé avec succès un projet de jumelage entre deux régions pilotes mené dans le cadre du programme PHARE et intitulé BG 04/IB/SO/04 «Restructuration d'hôpitaux pilotes polyvalents et mise en place de soins médicaux d'urgence en vue d'améliorer l'accès aux soins de santé des groupes de population vulnérables, et tout particulièrement de la communauté rom».

Il s'agissait de créer dans les deux régions pilotes des unités modèles de soins médicaux d'urgence. Dans le cadre du projet, il a été procédé à un examen des besoins réels en matière de services de santé et à une analyse des services médicaux requis et il a été créé un système d'information et une base de données électronique ; par ailleurs, il a été élaboré et diffusé une méthodologie de formation ; il a aussi été organisé des séminaires de formation à l'intention du personnel des services d'urgence. Enfin, des dirigeants roms se sont vu proposer une formation pour servir de médiateurs dans le système de santé et de soins médicaux, afin de faciliter le travail des spécialistes amenés à soigner les Roms et d'y apporter leur contribution.

Le projet prévoyait l'élaboration d'un modèle pilote sur lequel fonder la restructuration générale de tout le système de soins médicaux d'urgence du pays. Elle devrait permettre d'améliorer la qualité du service, en dotant les hôpitaux de personnel qualifié assurant une permanence 24 heures sur 24 dans les services d'urgence, et de réduire la mortalité des personnes présentant des risques élevés de maladie.

- Renforcer le rôle du médiateur de santé est essentiel pour améliorer l'accès des groupes vulnérables — dont les Roms — aux soins de santé (il fait fonction d'intermédiaire au sein de la collectivité où œuvrent le médecin généraliste, le personnel médical et les représentants d'autres instances locales ou nationales). Pour l'exercice 2010, le paiement des rémunérations des médiateurs médicaux (111 en 2008 et 106 en 2009) est assuré par un transfert de ressources du budget central de l'État vers les budgets des municipalités.

- L'objet du programme de prévention et de contrôle du VIH/sida, réalisé avec l'aide du Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, est de mettre en place et de mener des interventions efficaces pour prévenir le VIH/sida parmi les groupes les plus exposés à la maladie. Pour la première période quinquennale (2004-2008), l'aide allouée au programme s'élevait à 15 711 822 levs bulgares.

Début 2009, le programme est entré dans une deuxième phase, qui couvrira la période 2009-2014 ; le volet 5 est intégralement axé sur la « Prévention du VIH/sida dans la communauté rom ». Dans le cadre du programme, cinq centres médico-sociaux ont été ouverts dans les quartiers roms et trois sont restés en place, douze unités médicales mobiles sont en activité et viennent renforcer ainsi la capacité des structures locales à s'acquitter de leurs tâches et à offrir les prestations voulues.

Pour la seule année 2009, le bilan du volet 5 est le suivant : 85 collaborateurs formés au travail de terrain, construction ou soutien de huit centre médico-sociaux dans des communautés roms et intervention dans celles-ci de six unités médicales mobiles, mise en place d'un ensemble de services ayant permis de toucher 15 896 personnes et réalisation de tests de dépistage du VIH pour 5 721 personnes.

Le programme « Renforcement de la lutte contre la tuberculose en Bulgarie » finance des activités de prévention et de surveillance de la tuberculose dans tout le pays, y compris parmi les groupes à risque. L'un des cinq objectifs opérationnels est d'améliorer le dépistage des cas de tuberculose dans la communauté rom et les résultats du traitement de la maladie. Des activités prophylactiques, incluant des tests de dépistage dans les quartiers principalement peuplés de Roms, sont menées à cet effet, avec la participation d'organisations non gouvernementales (ONG), notamment roms. D'après les données préliminaires qui ont été recueillies, le travail accompli en 2009 concernant la communauté rom s'est traduit par les résultats suivants : 20 827 contacts directs/réunions sur le terrain, 2 170 personnes examinées dans les centres de soins municipaux, avec un diagnostic de tuberculose

pour 217 d'entre elles, dirigées vers les hôpitaux municipaux pour y être soignées gratuitement, le cas échéant, avec le concours des équipes des ONG roms pour l'accompagnement et le suivi tout au long du traitement. »

57. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 11§1 GEORGIE

Le Comité conclut que la situation de la Géorgie n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte révisée, au motif qu'il n'est pas établi que les mesures prises pour abaisser les taux de mortalité infantile et maternelle, nettement supérieurs à ceux d'autres pays européens, soient suffisantes.

58. Le représentant de la Géorgie a fourni par écrit les informations suivantes :

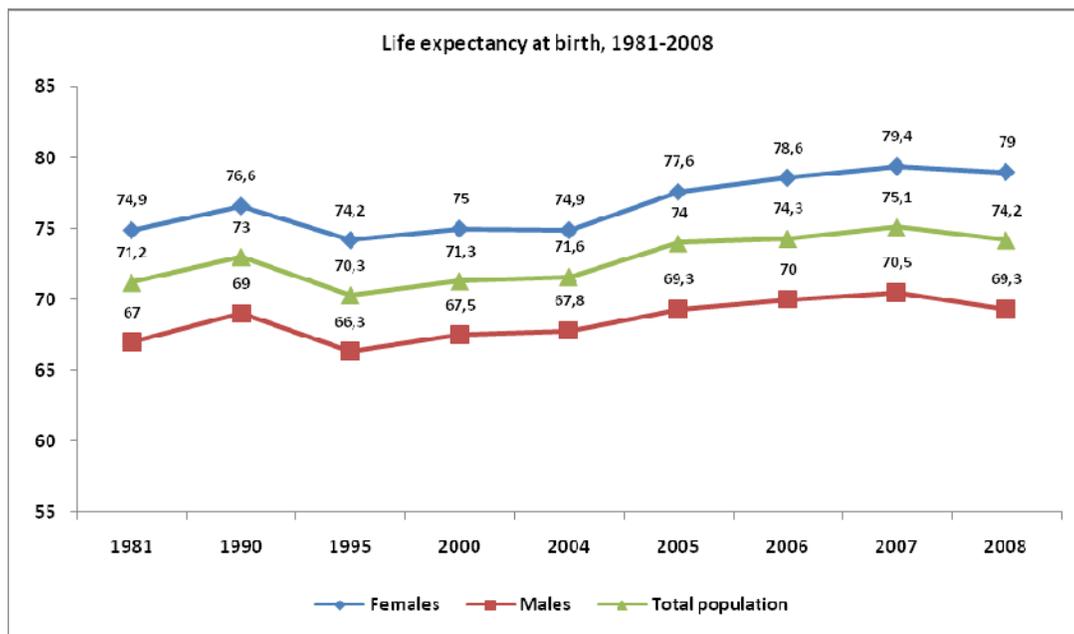
«*Espérance de vie et principales causes de mortalité*»

Le tableau 1 présente l'espérance de vie moyenne à la naissance qui donne une indication de l'état de santé général.

L

e diagramme montre qu'elle a fortement diminué dans les années 90, encore qu'elle ait globalement augmenté depuis. En 2006, elle s'établissait à 74 ans, en 2007, elle passait à 75,1 ans pour connaître de nouveau une légère baisse en 2008. Elle est inférieure à celle de la Région européenne de l'OMS (74,6 ans) et nettement supérieure à celle des pays de CEI en 2005 (67,0 ans ; 61,6 ans pour les hommes et 72,9 ans pour les femmes) (OMS/ Bureau Européen, La santé pour tous, Base de données, Juillet 2008).

Tableau 1. Espérance de vie à la naissance, 1981-2008

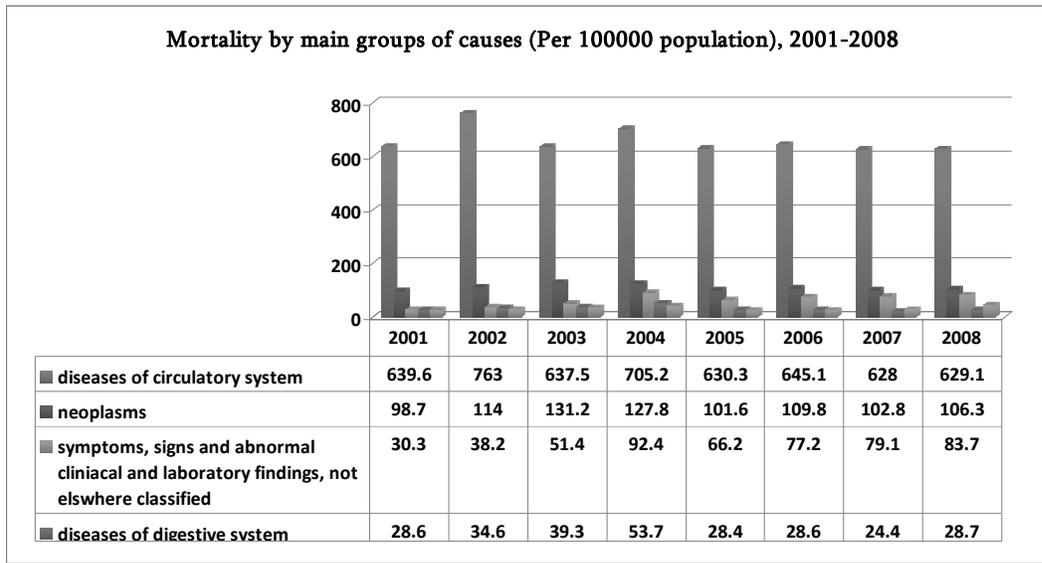


Source : Ministère géorgien du développement économique, Service des statistiques/ <http://www.geostat.ge/>

Les maladies cardiovasculaires sont actuellement l'une des premières causes de mortalité. Tableau 2. Entre 2001 et 2006, le taux de mortalité (exprimé en nombre de décès pour 100 000 personnes/année) n'a pas changé et tournait autour de 640. En 2008, il était de 629,1. Le taux de mortalité est relativement faible par rapport aux pays de la CEI, bien qu'il soit supérieur à la moyenne des pays de la Région européenne OMS et des pays de l'UE. (Voir Tableau 3). Le taux de mortalité imputable au cancer est également élevé.

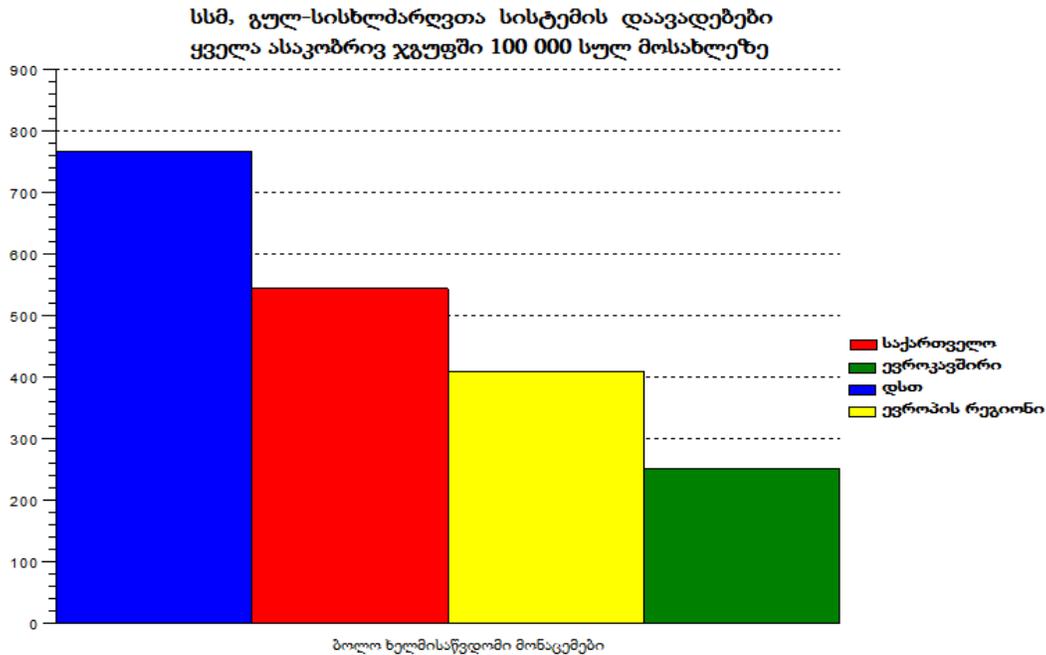
Après avoir augmenté entre 2001 et 2003, puis diminué de manière constante depuis 2004, il s'établit en 2008 à 106,3.

Tableau 2. Principales causes de mortalité (pour 100 000 habitants) 2001-2008



Source : Ministère géorgien du développement économique, Service des statistiques/ <http://www.geostat.ge/>

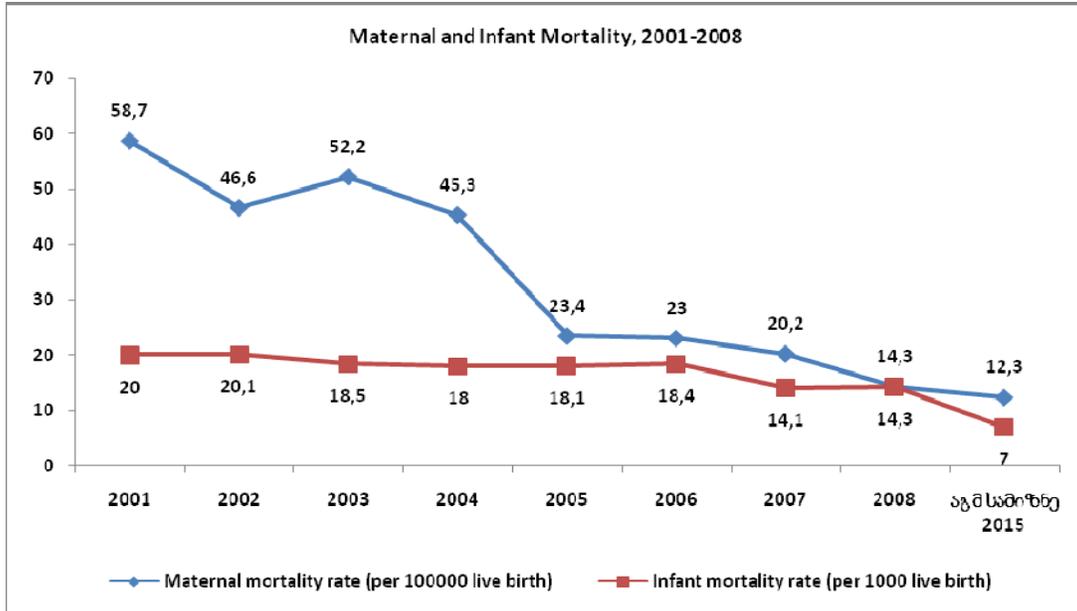
Tableau 3. Taux standardisé de mortalité par maladies cardiovasculaires, tous groupes d'âge confondus, pour 100 000 habitants



Source : OMS, La santé pour tous, base de données, 2009.

Mortalité infantile et maternelle

De manière générale, des progrès ont été observés dans la mortalité infantile et maternelle au regard des principaux indicateurs internationaux pertinents. La mortalité infantile est passée entre 2001 et 2008 de 20 à 14. Nonobstant cette diminution, il reste beaucoup à faire pour atteindre l'indicateur fixé dans le cadre de l' « Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) », à savoir, 7 pour 1000 naissances vivantes. Entre 2001 et 2008, la mortalité maternelle est passée de 58,7 à 14,3 et atteint aujourd'hui l'indicateur fixé dans le cadre de l'OMD, à savoir 12,3 pour 100 000 naissances vivantes. (Voir Tableau 4).

Tableau 4. Mortalité maternelle et infantile de 2001 à 2008 et ODM

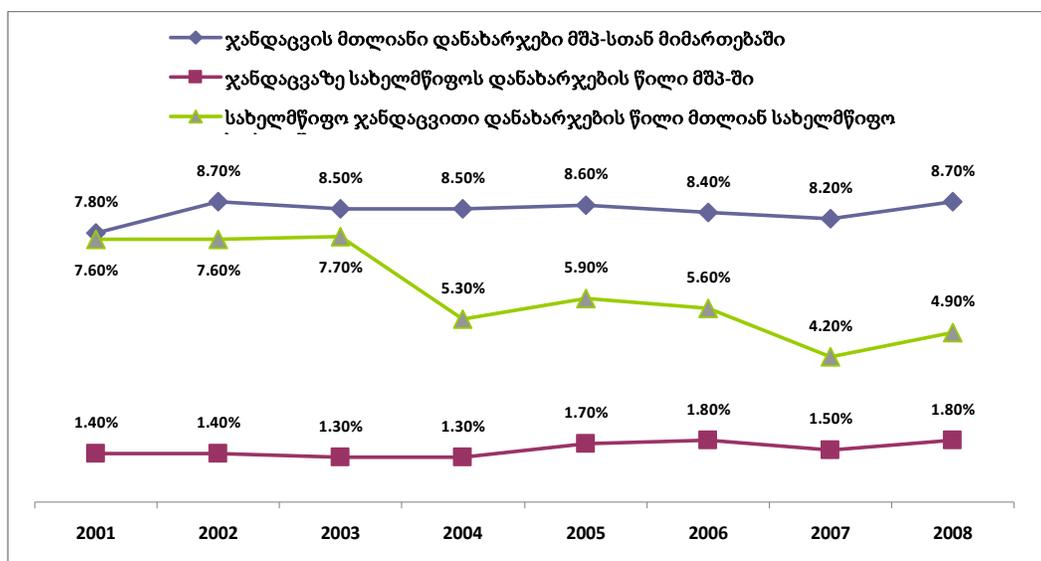
Source : *Annuaire statistique Géorgie, 2008* /www.ncdc.ge/www.ncdc.ge/

Eu égard à votre observation concernant la différence constatée entre les taux de mortalité infantile et maternelle que nous vous avons communiqués et ceux dont vous avez eu connaissance par ailleurs, nous ne sommes pas en mesure de vous répondre, car vous avez omis de nous indiquer vos sources. Nous vous informons également que les indicateurs pris en considération pour le secteur santé publique sont ceux fournis par le Centre national de contrôle des maladies.

Accès aux soins de santé

D'après les rapports nationaux de l'OMS, la part des coûts totaux de santé en ... s'est accrue modérément passant de 7,8% en 2001 à 8,7% en 2008 et peut être comparée au pourcentage moyen similaire des pays de l'UE, lequel s'établit à 8,9% en 2006 (Base de données de l'OMS, OMS EURO 2008). En dépit du triplement des dépenses publiques en matière de soins de santé en chiffres absolus, le montant total des dépenses en question est relativement faible : en 2007, leur part était de 1,5% et elles représentaient 4,2% du montant total des dépenses publiques et 4,9%, en 2008.

Tableau 5. Coûts des soins de santé – évolution des dépenses totales en matière de soins de santé et des dépenses publiques de santé en ... et évolution de la part des dépenses publiques de santé dans le montant total des dépenses publiques



წყარო: ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები 2009

Pour les personnes sans ressources et certaines catégories d'agents de l'Etat (par exemple, les enseignants, les membres de la police, le personnel militaire), c'est l'Etat qui prend à sa charge l'achat des prestations médicales requises auprès de compagnies d'assurance ; il subventionne en outre l'assurance volontaire privée pour les prestations médicales de base. (aide médicale d'urgence et soins de santé primaires) Le but qu'il poursuit ce faisant est de populariser l'assurance médicale et d'accroître les disponibilités financières par la mise en place d'un système national d'assurance-risque, incitant les citoyens à élargir l'assurance souscrite auprès de leurs assureurs. Cela diminuera la facture totale des dépenses de santé privées et fera de la pratique du paiement anticipé le mode de règlement préféré des dépenses privées en matière de santé au lieu de l'obligation de payer de sa poche, ce qui est généralement considéré comme un mécanisme inéquitable de financement des services de soins de santé.

Le tableau 1 présente les données concernant le nombre de personnes assurées (à titre volontaire ou par l'employeur) par des contrats privés ou par le biais de l'assurance médicale financée par l'Etat, ainsi que le pourcentage de titulaires d'une police d'assurance maladie, n'ayant pas droit au coupon médical/assurance financé par l'Etat.

Tableau 1 Nombre de personnes assurées (à titre volontaire ou par l'employeur) par le dispositif de l'Etat, leurs employeurs ou des assureurs privés et pourcentage des titulaires d'une assurance maladie, n'ayant pas droit aux coupons médicaux /assurance financés par l'Etat.

A Bénéficiaires du dispositif mis en place par l'Etat	808,501
Assurés par l'employeur (public ou privé)	235,969
Assurés à titre volontaire	28,296
Assurés auprès d'une caisse privée, au total	264,265
Population, au total	4,382,100
Pourcentage de la population couvert par tel ou tel type d'assurance	24.5%
Pourcentage des titulaires d'une assurance maladie n'ayant pas droit aux coupons médicaux/assurance financés par l'Etat.	7.4%

Source : Agence de contrôle financier, 2009.

Il ressort des données ci-dessus qu'en 2008, près de 24,5% de la population était couverte par différentes formes d'assurance et qu'environ 265 000 personnes ou 7,4% de la population totale n'ayant pas droit au dispositif d'assurance médicale de l'Etat étaient assurées par des caisses privées à titre volontaire ou par l'intermédiaire de leur employeur. En 2009, le nombre de personnes couvertes

par les dispositifs de l'Etat a augmenté ; les catégories suivantes de la population ont bénéficié de la gratuité des services médicaux au niveau des soins de santé primaires et des hôpitaux : Personnes au revenu inférieur au seuil de pauvreté (960 000), enseignants (187 000), personnes déplacées (18 000), enfants abandonnés (3000), lauréats de prix nationaux, artistes, interprètes (200). A noter en outre, le lancement, en 2009, d'un « dispositif spécial de l'Etat visant à faciliter l'assurance maladie volontaire » (Décret du gouvernement de Géorgie N°33 du 26 février 2009), dont bénéficièrent les ressortissants et résidents de Géorgie, de 3 à 60 ans, à l'exception des citoyens déjà assurés via les fonds de l'Etat ou d'une entité autonome. Ce dispositif offre aux citoyens de Géorgie (travailleurs indépendants, chômeurs) la possibilité d'être intégrés en matière d'assurance avec la participation de l'Etat.

Il ressort de ce qui précède que le nombre de personnes couvertes par les dispositifs mis en place par les pouvoirs publics a augmenté ces dernières années.

Professionnels et équipements de santé

La répartition rationnelle des ressources est un facteur important en termes d'efficacité en ce qu'elle concourt au bon fonctionnement du système de soins de santé et à l'amélioration de son accessibilité. On trouvera dans les tableaux 2,3 et 4 ci-après des données relatives aux établissements médicaux, aux lits hospitaliers et à la dotation du pays en personnel médical.

Tableau 2 Réseau des établissements de soins de santé, Géorgie, 2008

	Nombre total d'établissements
Services recevant des malades hospitalisés	269
Dispensaires	72
<i>Établissements indépendants</i>	
Polycliniques	250
Y compris : Stomatologiques	79
Consultations gynécologiques	21
Services de soins ambulatoires	73
Consultations médicales ambulatoires en milieu rural	220
Centres de transfusion sanguine	6
Crèches	2
Instituts de recherche scientifique	19
Centres de santé	47
<i>Etablissements non indépendants</i>	
Services sociaux auprès des hôpitaux	72
Personnel médico-sanitaire	9
Consultations médicales ambulatoires en milieu rural	474
Personnel infirmier et sages-femmes	301

Source : *Annuaire statistique Géorgie, 2008 /www.ncdc.ge/*

Tableau 3 - Lits hospitaliers : Indicateurs de performance, Géorgie, 2008

	Nombre de lits Pour 100 000 personnes	Taux d'occupation	Durée moyenne du séjour	Taux de rotation des lits
Géorgie	320.9	156.1	6.8	22.9

Source : *Annuaire statistique Géorgie, 2008 /www.ncdc.ge/*

Tableau 4 - Personnel médical, Géorgie, 2008

	Nombre de médecins, personnel de médecine physique	Nombre de médecins pour 100 000 habitants	Nombre d'agents médicaux intermédiaires	Nombre d'agents médicaux intermédiaires pour 100 000 habitants	Nombre d'agents médicaux peu qualifiés	Nombre d'agents médicaux peu qualifiés pour 100 0000 habitants
Géorgie	20253	462.0	19593	446.9	5834	133.1

Source : *Annuaire statistique Géorgie, 2008 /www.ncdc.ge/»*

59. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 11§1 ITALIE

Le Comité conclut que la situation de l'Italie n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte révisée au motif qu'il n'est pas établi que le temps d'attente n'excède pas une période médicalement acceptable eu égard à l'état du patient et à ses besoins sur le plan médical.

60. La représentante de l'Italie a fourni par écrit les informations suivantes :

« En ce qui concerne ce cas de non-conformité, nous soulignons que dans le cadre du service sanitaire national, la réalisation des prestations dans des délais appropriés représente une composante structurelle des Niveaux d'assistance de base (LEA) en fonction de la pathologie et des besoins médicaux.

La vérification de l'avancée de la mise en place du Plan de réduction des listes d'attente adopté par les régions, conformément à l'accord conclu entre l'État et les régions le 28 mars 2006, fait apparaître que toutes les régions et les provinces autonomes ont préparé un plan en vue de la mise en place du plan national de réduction des temps d'attente en identifiant les prestations qui font l'objet d'un suivi et les temps maximaux tant pour les prestations des centres de soin que pour les hospitalisations. En outre, les critères généraux d'accès aux prestations en fonction des catégories cliniques prioritaires ont aussi été identifiés en définissant des domaines d'intervention prioritaires, tels que la sphère oncologique, cardio-vasculaire, maternelle et infantile, gériatrique ainsi que les visites spécialisées très importantes pour les patients et autres prestations.

Par conséquent, la volonté concrète des régions et de l'administration publique (A.P) de résoudre le problème des listes d'attente en étroite collaboration afin de garantir aux patients une meilleure protection de leur santé est évidente au vu de ce qui a été énoncé précédemment.

La signature de l'accord sur les lignes directrices nationales du système unique de réservation (CUP) par la Conférence État-Régions le 29 avril 2010 ne fait que confirmer ce qui a été exposé ci-dessus. Élaborées par le Ministère de la Santé en étroite collaboration avec les régions, ces lignes directrices répondent à la nécessité de mettre en place une action de coordination visant à définir les orientations nécessaires en vue du développement et de l'harmonisation des systèmes CUP à l'échelle nationale afin de fournir une vision globale et complètement intégrée du réseau de l'offre des services sanitaires et de proposer aux citoyens un meilleur service en augmentant le choix et en réduisant les temps moyens d'attente pour la réalisation des prestations.

Les lignes directrices prennent également en compte les aspects fonctionnels parmi lesquels figure la gestion de la réservation des prestations sanitaires « de façon circulaire », à savoir à travers tous les points d'accès au système CUP, indépendamment de l'appartenance à une structure sanitaire spécifique dans le respect de l'environnement territorial de garantie prévu pour telle ou telle typologie de prestations pour les personnes assistées.

En 2009, le Ministère de la Santé a mené une troisième enquête (suite à celles qui ont été menées en 2005 et en 2007) sur l'utilisation du réseau internet comme instrument de transmission de données concernant les temps et les listes d'attente sur les sites web des régions et des administrations publiques, les structures sanitaires locales (ASL), les structures hospitalières, les instituts d'hospitalisation et de soin à caractère scientifique (IRCCS) ainsi que les policliniques universitaires.

Le suivi révèle que 34 % des sites web consultés fournissent des données sur les temps et les listes d'attente avec une hausse respective de 11 % et 12 % par rapport aux résultats des enquêtes menées en 2005 et en 2007. (Voir « temps d'attente sur les sites web des régions, des administrations publiques et des structures du service sanitaire national : 3^{ème} rapport national » – (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1240_allegato.pdf) . »

61. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 11§1 LITUANIE

Le Comité conclut que la situation de la Lituanie n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte révisée au motif qu'il n'est pas établi que des efforts significatifs soient faits pour améliorer l'espérance de vie qui présente un écart manifeste par rapport aux autres pays européens et qui ne s'améliore pas suffisamment.

62. La représentante de la Lituanie a fourni par écrit les informations suivantes :

« Un certain nombre de mesures ont été prises afin d'éliminer, dans la mesure du possible, les causes fondamentales d'une santé déficiente et d'allonger ainsi l'espérance de vie en Lituanie.

1) Le Programme national 2004–2008 pour la prévention de la toxicomanie et la lutte contre la drogue a été approuvé par le Seimas (Parlement) de la République de Lituanie en 2004. Ce programme met l'accent sur la prévention primaire de la consommation de drogues auprès des familles et auprès des enfants et des jeunes. (Des informations plus détaillées sur ce programme figurent dans le 6^e rapport de la Lituanie, au sujet de l'article 11§3, dans les réponses aux questions du Comité européen des Droits sociaux sur les mesures visant à combattre le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie) ;

2) En 2007, le Seimas (Parlement) de la République de Lituanie a adopté la Stratégie nationale sur la santé mentale. En 2008, le gouvernement a approuvé le programme d'application de cette stratégie pour 2008-2010 ;

3) En 2007, le Seimas de la République de Lituanie a déclaré l'année 2008 Année de l'abstinence. Le programme de cette Année de l'abstinence a été approuvé par le gouvernement le 9 janvier 2008. Elle a pour objectifs de faire progresser les comportements d'abstinence, notamment parmi les enfants et les jeunes, d'encourager à la sobriété, de développer la coopération entre l'Etat et les institutions et organes locaux, les organisations non gouvernementales et les associations pour la diffusion des idées auprès du public et de promouvoir un mode de vie sain, fondé sur des valeurs, auprès des enfants et des jeunes. (Des informations plus détaillées sur ce programme figurent dans le 6^e rapport de la Lituanie, au sujet de l'article 11§3, dans les réponses aux questions du Comité européen des Droits sociaux sur les mesures visant à combattre le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie) ;

4) Le Plan d'action du Programme national 2007-2010 pour la lutte contre le tabagisme a été approuvé par le Gouvernement de la République de Lituanie en 2007. (Des informations plus détaillées sur ce programme figurent dans le 6^e rapport de la Lituanie, au sujet de l'article 11§2 et 3) ;

5) L'infrastructure des établissements de soins de santé est en cours de rénovation, conformément au Programme 2007-2013 pour la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies non infectieuses ordinaires, approuvé par le ministre de la Santé de la République de Lituanie. Il est prévu d'utiliser le financement des fonds ES pour créer 5 centres d'assistance multiple pour les enfants et les familles, des centres d'accueil de jour en psychiatrie et des centres d'intervention de crise, de contrôler les services de soins psychiatriques et de moderniser les infrastructures.

6) En 2008, le ministre de la Santé de la République de Lituanie a approuvé le Programme pour l'amélioration de la qualification des spécialistes des soins de santé en vue de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies non infectieuses ordinaires. Ce programme prévoit une amélioration de la qualification des personnels et vise à réduire sur la période 2007-2013 la morbidité et la mortalité dues aux maladies non infectieuses ordinaires. »

63. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 11§1 MALTE

Le Comité conclut que la situation de Malte n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif qu'il n'est pas démontré que le système de soins est accessible de façon effective à toute la population.

64. Le représentant de Malte a fourni par écrit les informations suivantes :

« Les principales causes de décès restent les maladies cardiovasculaires, suivies des cancers. Le gouvernement vient de rendre publique une « Stratégie de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles » et publiera dans les prochains mois une « Stratégie nationale de lutte contre le cancer ». Ces deux documents comportent un certain nombre de mesures destinées à combattre ces deux causes de mortalité. Au cours des derniers mois, le gouvernement a lancé un programme national de dépistage du cancer du sein. Des statistiques à ce sujet figurent à l'annexe I, sous la rubrique « Mises à jour NSR ».

A Malte, l'espérance de vie à la naissance était, en 2008, de 77 ans pour les hommes et de 82 ans pour les femmes (source : Etude démographique 2008, Office national des statistiques). Le taux global de mortalité normalisé pour Malte était de 5,97 pour 1000 habitants. Les principales causes de décès restent les maladies cardiovasculaires (40%), suivies des cancers (26%).

Mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes

Année	Nombre de décès	Taux /1 000 naissances vivantes à Malte	Europe des 15**	Europe des 27**	Mortalité infantile avec malformations	Mortalité infantile sans malformations
2005	23	5.96	4.03	8.27	30%	70%
2006	14	3.61	3.93	7.67	43%	57%
2007	22	5.7	3.84	7.19	59%	41%
2008	34	8.1	-	6.89	41%	59%
2009	22	5.3	-	-	55%	45%
Moyenne sur 5 ans	23	5.8	-	-	45%	55%

*source : Registre national maltais des décès

**source : OMS: HFADB (mars 2010)

En raison du faible nombre de décès, le taux de mortalité infantile fluctue d'une année sur l'autre ; la moyenne sur cinq ans donne donc un tableau plus juste de la situation. La mortalité infantile calculée sur cinq ans est légèrement supérieure à la moyenne de l'Europe des 15, mais inférieure à celle de l'Europe des 27. Le taux de mortalité infantile due à des malformations représente 45 % du nombre total de décès. L'interruption de grossesse est illégale à Malte, ce qui peut aussi influencer sur le taux de mortalité infantile.

Mortalité maternelle

Au cours des dix dernières années (2000-2009), trois cas de mortalité maternelle ont été recensés. Ils sont survenus à la suite d'une thrombose veineuse profonde pour le premier, d'une embolie pulmonaire pour le deuxième, et de maladies de l'appareil digestif ayant entraîné des complications lors de la grossesse pour le troisième.

Des statistiques à ce sujet figurent à l'annexe I, sous la rubrique « Mises à jour NSR ».

Le système maltais de soins de santé relevant du secteur public offre un large éventail de services auxquels ont accès toutes les personnes résidant sur le territoire de Malte qui sont couvertes par la législation maltaise de sécurité sociale ; il prévoit également la prise en charge, dans toute la mesure nécessaire, de groupes spécifiques, comme les migrants en situation irrégulière. Aucune participation aux frais n'est demandée aux patients ; seuls quelques services, dont les soins dentaires non indispensables, les prestations optiques et certaines prescriptions médicamenteuses, sont assortis d'une condition de ressources. Le secteur privé vient compléter la couverture santé, de sorte que les praticiens du service public de santé et les médecins généralistes en pratique libérale couvrent ensemble la totalité des soins de santé primaires à Malte. Cela étant, les deux systèmes de soins de santé primaires fonctionnent indépendamment l'un de l'autre.

Selon les résultats 2008 de l'Enquête européenne de santé par interview (ci-après, l'« ECHIS »), le coût médian d'une consultation médicale est de 12 € pour un généraliste et de 42 € pour un spécialiste dans le secteur public. Voir à ce sujet le rapport sur l'utilisation des soins de santé, consultable à l'adresse : <http://www.healthsurveys.gov.mt>. Il ressort par ailleurs de l'ECHIS que les inégalités en termes d'accès aux soins sont rares, voire inexistantes.

Toutes les personnes qui résident à Malte et sont couvertes par le système maltais de sécurité sociale ont accès aux soins sur un pied d'égalité.

Le gouvernement s'efforce de ramener les délais d'attente pour certaines interventions à des niveaux acceptables. Plusieurs initiatives ont été prises en ce sens, à savoir :

- mise en place d'une unité au sein du ministère maltais de la Santé chargée de regrouper toutes les données figurant sur les listes d'attentes établies à travers le pays pour les fusionner en une liste unique périodiquement mise à jour.
 - La vérification et le « toilettage » de ces données a permis de réduire d'environ 30 % la longueur des listes d'attente traitées jusqu'ici.
 - Pour accélérer le processus, il faudrait renforcer les effectifs de l'unité chargée de cet exercice.
- Identification des goulets d'étranglement entraînant un allongement des délais d'attente dans la prise en charge des patients dans les départements de pathologie et d'imagerie médicales.
 - Les mesures prises pour y remédier – notamment la non-acceptation de cas non symptomatiques par les services de mammographie – semblent porter leurs fruits.
- Amélioration des directives pour l'établissement de priorités pour les patients en attente de diagnostic
- Lancement de négociations visant à recruter du personnel infirmier supplémentaire à l'étranger .
- Mise en place de consultations l'après-midi dans certains départements (pédiatrie, maladies diabétiques) et pour certaines interventions chirurgicales.
 - Le nombre mensuel d'opérations réalisées dans les établissements de santé publique a augmenté.
- Affectation d'une enveloppe de 4 millions d'euros à la réduction dans les trois ans à venir des délais d'attente pour les interventions chirurgicales.

Le budget consacré aux soins de santé représentait en 2006, 8,3% du PIB, un pourcentage proche de celui observé dans les autres pays européens.

Le Comité est invité à prendre note des chiffres ci-après concernant le nombre de dentistes à Malte :

2008 – dentistes autorisés à exercer – 183

2009 – dentistes autorisés à exercer – 200

dentistes en exercice – 183

Les autorités maltaises tiennent à souligner que les informations qu'elles ont soumises dans les précédents rapports ont été mal interprétées. »

65. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 11§1 MOLDOVA

Le Comité conclut que la situation de la Moldova n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte révisée au motif des niveaux encore particulièrement élevés des taux de mortalité infantile et maternelle.

66. La représentante de la Moldova souligne que la mortalité maternelle et infantile constitue un très grave problème qui est lié non seulement au niveau d'information sanitaire et au suivi, au dépistage, aux comportements et aux traitements médicaux de la population, mais aussi, de façon plus générale, au degré de pauvreté de cette dernière – problème qui ne peut être réglé à très court terme.

67. Le taux de mortalité maternelle, qui a reculé entre 2001 et 2007 mais a fortement augmenté en 2008 (38,4 décès pour 1000 naissances vivantes) avant de redescendre en 2009, reste extrêmement élevé au regard des critères internationaux. La mortalité infantile en revanche a régulièrement diminué et est revenue à un taux conforme aux Objectifs du millénaire (12,1 décès pour 1000 naissances vivantes).

68. La représentante de la Moldova dresse une brève synthèse des diverses initiatives prises par le Gouvernement pour remédier à la situation ; elle cite notamment le programme mené conjointement avec les autorités suisses pour la « Modernisation du système périnatal moldave sur la période 2008-2011 », l'amélioration de l'accès aux soins médicaux primaires dans le cadre du Programme unique de santé du Gouvernement pour 2010, et la mise en place de mesures d'incitation destinées à favoriser l'installation de jeunes praticiens en milieu rural – zones qui, depuis toujours, n'attirent pas assez de médecins.

69. Le représentant de la CES demande des précisions sur les points suivants :

- mesures prises pour garantir la présence de médecins en milieu rural ;
- suivi médical des femmes enceintes ;
- égalité de traitement des femmes enceintes de nationalité étrangère en Moldova.

70. La représentante de la Moldova explique qu'en 2009, environ 256 médecins et 675 étudiants en médecine ont bénéficié des mesures d'incitation financière en faveur de l'emploi en milieu rural ; elle ajoute que le forum annuel pour l'emploi s'est également intéressé de près à la question des débouchés offerts aux professions médicales dans les zones rurales. Une surveillance plus systématique des femmes enceintes est effectivement l'un des points auxquels s'intéressera le projet conjoint entre la Suisse et la Moldova. Enfin, la représentante confirme que les femmes enceintes de nationalité étrangère qui résident légalement sur le territoire national jouissent en la matière d'une pleine et entière égalité avec les citoyennes moldaves.

71. Le Comité prend note des informations communiquées, ainsi que de l'intention du Gouvernement de corriger cette situation de non-conformité avec la Charte. Il décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 11§1 ROUMANIE

Le Comité conclut que la situation de la Roumanie n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte révisée pour les motifs suivants :

- les mesures prises pour faire baisser le taux de mortalité infantile et maternelle, manifestement trop élevés, sont insuffisantes ;
- les conditions de séjour dans certains hôpitaux psychiatriques sont manifestement inadéquates ;
- il n'a pas été établi qu'il existe un système adéquat de listes d'attente en matière de soins de santé et que les mesures prévues pour gérer ces listes sont satisfaisantes.

Premier motif de non-conformité

72. La représentante de la Roumanie déclare que le taux de mortalité infantile et le taux de mortalité maternelle ont tous deux diminué ces dernières années. Elle fournit en outre quantité de données sur la mortalité liée à l'avortement. Elle expose par ailleurs un projet de la Banque mondiale, qui comporte un volet consacré à l'« assistance médicale maternelle et néonatale ».

73. Le représentant de la CES note que les informations communiquées concernent pour la plupart l'avortement et s'enquiert des autres facteurs de mortalité maternelle. Il demande si toutes les femmes peuvent obtenir des soins spécialisés pré- et postnatals, et si une assurance particulière doit être contractée.

74. Plusieurs représentants (Belgique, France, Lituanie, Pologne, Norvège, Suède) considèrent que les données relatives à l'avortement, qu'il soit légal ou illégal, provoqué ou spontané, sont sans rapport avec le sujet ; ils demandent des informations spécifiques sur les mesures prises pour faire reculer la mortalité infantile et maternelle.

75. La représentante de la Roumanie fait savoir que des précisions concernant les points soulevés figureront dans le prochain rapport et renvoie au Programme national de santé que le Gouvernement a mis en place ; ce programme comprend, parmi d'autres mesures, un sous-programme visant à améliorer l'accès, la qualité et l'efficacité des services médicaux spécialement destinés aux femmes enceintes et en couches, un sous-programme pour la prévention des décès néonataux par un meilleur accès à des soins appropriés dans les structures sanitaires régionales et pour l'évaluation de la mortalité néonatale, ainsi qu'un sous-programme tendant à encourager l'allaitement au sein.

76. Le Comité prend note des informations communiquées et invite instamment le Gouvernement à prendre toutes les mesures nécessaires afin de rendre la situation conforme à la Charte.

Deuxième motif de non-conformité

77. La représentante de la Roumanie expose les grandes lignes des mesures prises pour améliorer les services de santé mentale dans son pays. La loi n° 95/2006 prévoit notamment de réformer le système qui les régit. Le ministère de la Santé a engagé cette réforme et s'emploie à corriger la situation qui pose ici problème. Plusieurs initiatives ont ainsi été lancées : majoration de l'enveloppe budgétaire, élaboration d'une politique nationale et d'un plan d'action national en matière de santé mentale, création au sein du ministère de la Santé d'une structure stratégique baptisée Centre national pour la santé mentale, qui aura notamment pour mission d'améliorer les qualifications des personnels en poste dans les hôpitaux psychiatriques.

78. La CES fait observer que le motif de non-conformité porte sur les *conditions* qui

prévalent dans les hôpitaux psychiatriques.

79. La représentante du Portugal demande si les mesures législatives et administratives récemment mises en œuvre ont eu un impact sur les conditions observées dans les hôpitaux psychiatriques.

80. D'autres délégations demandent si des normes fixent les conditions que doivent remplir les hôpitaux psychiatriques et s'il existe un organe de contrôle indépendant.

81. La représentante de la Roumanie confirme l'existence de normes en la matière, ainsi que d'un Centre national pour la santé mentale.

82. Plusieurs délégations considèrent que la situation pose un grave problème.

83. Le Comité prend note des informations communiquées et invite instamment le Gouvernement à prendre toutes les mesures nécessaires afin de s'assurer que tous les patients accueillis en hôpitaux psychiatriques vivent dans des conditions conformes à la dignité humaine.

Troisième motif de non-conformité

84. La représentante de la Roumanie a fourni par écrit les informations suivantes :

« Gestion des listes d'attente et délais d'attente raisonnables

En règle générale, il n'y a pas de délai d'attente pour accéder aux services de santé en Roumanie ; les patients peuvent s'adresser directement aux médecins généralistes, aux services spécialisés en régime ambulatoire ou aux services d'urgence. Toutefois, pour les maladies qui nécessitent une transplantation d'organes ou de tissus, une liste d'attente est nécessaire pour gérer le nombre de demandes et identifier les donneurs compatibles.

Pour les affections dont le traitement fait appel à un protocole thérapeutique défini par l'un des comités spécialisés du ministère de la Santé, avec ou sans l'approbation des caisses d'assurance maladie, ou à des médicaments importés avec l'approbation du ministère, il est nécessaire de constituer des listes d'attente car tout dépend ici du nombre de patients, des ressources dont dispose la Caisse nationale d'assurance maladie pour prendre en charge le coût des médicaments et des possibilités d'acheter les médicaments importés.

Budget de l'Etat consacré à la santé

La santé est une priorité majeure des autorités roumaines. Bien que le budget de l'Etat consacré à la santé ne soit pas comparable à ce qu'il est dans de nombreux Etats membres de l'Union européenne qui y affectent une plus grande partie de leur PIB, la Roumanie s'efforce d'accroître les crédits alloués à ce secteur. Pour 2010, le budget est ainsi en hausse de 6,6% par rapport à 2009. »

85. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 11§1 TURQUIE

Le Comité conclut que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte révisée au motif que les taux de mortalité infantile et maternelle sont encore manifestement trop élevés.

86. Le représentant de la Turquie fait la déclaration suivante :

« Comme mentionné dans le dernier rapport du gouvernement relatif à cet article, le Programme de transformation de la santé (PTS) lancé en 2003 et toujours en cours a opéré une vaste réforme du système national de santé. Le but du PTS était de faciliter et d'améliorer l'accès au système d'assurance maladie qui constitue l'un des

principaux volets de la réforme de sécurité sociale prévue par la loi n° 5502 en vertu de laquelle tous les organismes de sécurité sociale ont été restructurés et fusionnés en un organisme unique, appelé l'Institut de sécurité sociale. La loi n°5502 relative à l'assurance maladie universelle a été promulguée en mai 2008 et prendra pleinement effet le 1^{er} octobre 2010.

Elle vise à faire disparaître les inégalités dans l'accès aux services de santé par la définition des droits et des responsabilités et à assurer par ailleurs la couverture sociale de l'ensemble de la population. Même s'ils n'ont pas de sécurité sociale, les citoyens n'auront rien à payer pour les soins de santé primaires. Tous les hôpitaux publics relèvent d'une seule et même instance (le ministère de la Santé). Les hôpitaux privés sont ouverts à tout un chacun. Une autre mesure a consisté à inclure dans le système les investissements du secteur privé, de manière à ce que les patients puissent bénéficier des structures et ressources auxquelles leur permettent de prétendre leurs systèmes d'assurance. Aujourd'hui toutes les ressources (privées et publiques) sont ouvertes à tous les publics, sans discrimination.

Le représentant de la Turquie présente aussi les statistiques de santé suivantes pour 2008, en dehors de la période de référence :

- En 2008, l'espérance de vie est de 75,8 ans pour les femmes et de 71,4 ans pour les hommes.
- Le taux de mortalité infantile, passé de 20,7 en 2007 à 17 en 2008 reste nettement supérieur à la moyenne de l'UE des 27.
- Entre 2003 et 2008, il a diminué de 38,7%.
- Le taux de mortalité néonatale, passé de 13,9% en 2007 à 13% en 2008, a légèrement diminué.
- Entre 2003 et 2008, il a diminué de 24,7%.
- Le taux de mortalité des moins de cinq ans est passé de 26,6 en 2007 à 24 en 2008.
- Le taux de mortalité maternelle (nombre de décès pour 100 000 naissances) est passé de 21,2 en 2007 à 19,4 en 2008.

Indicateurs de la Santé maternelle et infantile et du Planning familial pour 2003 et 2008 respectivement :

- Proportion des accouchements en présence de personnels de santé par rapport au nombre total d'accouchements (%) :

2003	2008
83,0	91,3
- Soins prénatals (quatre visites minimum) (%) :

2003	2008
53,9	73,7
- Proportion des accouchements par césarienne par rapport au nombre total d'accouchements (%) :

2003	2008
21,2	36,7
- Pourcentage de femmes mariées de 15 à 49 ans recourant à des méthodes de contraception :

2003	2008
42,5	46,6
- Proportion des accouchements en présence de personnels de santé par rapport au nombre total d'accouchements (%) en 2008 :

Moyenne pour la Turquie : 91,3

Couverture vaccinale par année (%)

DBT 1	97
DBT 2	96
BCG	96
Rougeole	97
HIB-3	96

Nombre moyen de suivis de grossesse :

2000	2008
1,7	3,3

Nombre d'hôpitaux obstétriques et pédiatriques :

2001	2008
64	73

Hôpitaux généraux :

2002	2008
986	1171

Nombre de lits hospitaliers :

2003	2008
161 234	190 185

Nombre de lits dans les hôpitaux obstétriques et pédiatriques :

2002	2008
8078	11492

Population accueillie dans les services d'urgences (N°112)

2000	2008
175 571	54 677

Le nombre d'infirmières et de sages-femmes est passé de 82 626 et 43 640 en 2006 à 99 910 et 47 673 en 2008.

Dépenses de santé des secteurs public et privé en 2007 :

PIB : 947 391 millions de dollars US (environ 1 milliard de dollars)

Dépenses de santé courantes : 52 242 millions de dollars US

Dépenses d'investissement : 4 954 millions de dollars

Pourcentage d'investissement :

Part des dépenses de santé courantes dans le PIB : 5,5%

Part des dépenses totales de santé dans le PIB : 6,0%

Part du budget du ministère de la Santé dans le budget consolidé :

1999	2008
2,87	5,28. »

87. Le représentant de la CES note que des efforts sont faits pour améliorer l'accès aux soins de santé, mais observe que les taux de mortalité maternelle et infantile demeurent élevés ; un complément d'information concernant les mesures directes prises pour faire baisser ces taux lui paraît nécessaire.

88. La représentante de la France relève les avancées réalisées, mais demande que les autorités turques fournissent, dans le prochain rapport, des explications plus précises.

89. Le Comité prend note de l'évolution positive observée en Turquie mais invite instamment le gouvernement de la Turquie à continuer de prendre toutes les mesures requises pour faire baisser les taux de mortalité maternelle et infantile.

Article 11§2 – Services de consultation et d'éducation sanitaires

CSR 11§2 ALBANIE

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

- il n'est pas établi que d'autres problématiques que l'encouragement à développer un environnement favorable à la promotion de la santé sont intégrées à l'enseignement scolaire;
- il n'est pas établi que les femmes enceintes peuvent bénéficier de consultations et de dépistages gratuits ; et que
- il n'est pas établi que les examens médicaux à l'école sont suffisamment fréquents, que la proportion d'élèves concernés est suffisante et que les dépistages sont gratuits.

90. La représentante de l'Albanie a fourni par écrit les informations suivantes :

Premier motif de non-conformité

« Education à la santé - Information et sensibilisation du public

En Albanie, les actions d'information sont assurées au plan national et local par les structures de santé publique et par différentes ONG.

Les mesures mises en place à différents niveaux - réglementation, programmes et stratégies – ont contribué à une meilleure connaissance des questions de santé et au développement des activités de promotion sanitaire axées sur la prévention des maladies. Parmi ces mesures, on retiendra notamment celles qui suivent.

Loi n° 10138 du 11 mai 2009 relative à la santé publique - Son Titre XIII est consacré à l'éducation à la santé et à la promotion de la santé. L'article 48 de ce texte met en place des structures appelées à participer à la promotion de la santé et à la développer en renforçant les partenariats entre secteur public, secteur privé et société civile. La loi dispose en outre que les médias audiovisuels et la presse écrite doivent jouer un rôle dans l'éducation et la promotion de la santé, en s'appuyant sur les textes de loi existants. L'article 49 précise que le personnel en charge des soins de santé primaire est tenu de participer à la promotion de la santé en mettant en œuvre le dispositif prévu à cet effet. L'article 50 confie pour sa part à l'Institut de santé publique et aux structures régionales de santé publique le soin d'organiser de manière rigoureuse des programmes spéciaux d'éducation et de promotion sanitaire, en mettant tout particulièrement l'accent sur les catégories de la population qui ont peu accès aux services de santé.

Au plan local, des soins de santé préventifs sont proposés par des éducateurs dans les directions de la santé publique et par les dispensaires, qui prodiguent des services de santé dans le cadre du dispositif de base en matière de soins de santé primaires adopté en vertu de la décision n° 857 du Conseil des Ministres datée du 20 décembre 2006 relative au financement des services de soins de santé primaire par le régime obligatoire de l'assurance maladie. Ce dispositif de base de services de soins de santé primaires comprend également, pour la première fois, un volet consacré à l'éducation à la santé et précise que cette dernière doit être proposée par les dispensaires à titre individuel et collectif.

Loi n° 9636 du 6 novembre 2006 relative à la protection de la santé contre les produits tabagiques - Ce texte a pour but de protéger la santé publique contre l'usage de produits tabagiques et l'exposition involontaire au tabac. Il interdit toute publicité et promotion de ces produits dans la presse écrite, les médias audio-visuels, les services d'information, ou sous toute autre forme. Des mentions mettant en garde contre les risques sanitaires et précisant la teneur en nicotine, etc., doivent figurer sur les paquets de cigarettes.

Loi n° 9518 du 18 avril 2006 relative à la protection des mineurs contre l'alcoolisme - Ce texte entend prémunir les mineurs (c.-à-d. les jeunes de moins de 18 ans) contre les conséquences de la

consommation d'alcool pour leur santé. Il interdit la publicité pour les boissons alcoolisées dans les médias audio-visuels. Les débits de boissons sont tenus d'afficher à l'entrée de leurs locaux des avertissements précisant que « La vente d'alcool aux moins de 18 ans est interdite ». Toute forme de publicité pour des boissons alcoolisées est également interdite dans les établissements scolaires qui accueillent des mineurs.

Parallèlement, la politique générale de lutte contre les ravages dus à l'alcool se poursuit.

Loi n° 9942 du 26 juin 2008 relative à la prévention des troubles liés à l'insuffisance d'iode - Ce texte cherche à éliminer les problèmes de santé résultant d'une insuffisance d'iode. Pour ce faire, des campagnes de sensibilisation ont été organisées auprès des élèves et étudiants dans divers établissements scolaires du pays afin de leur faire comprendre combien il est important de consommer du sel iodé.

Document stratégique réalisé par le ministère de la Santé et l'Institut de santé publique - Intitulé "Stratégie 2002-2010 de santé publique et de promotion de la santé : pour un pays sain et une population en bonne santé", ce document été adopté par l'arrêté n° 178 du 5 mai 2003 signé du Ministre de la Santé. Il définit les priorités de l'action à mener face à un certain nombre de problèmes d'une importance capitale auxquels l'Albanie est confrontée en termes de risques sanitaires : le tabagisme, l'alcoolisme, la toxicomanie, les mauvaises habitudes alimentaires, le manque d'activité physique, les accidents, le cancer, les problèmes de santé en matière de procréation et de sexualité (MST, HIV, SIDA), la santé mentale, le suicide, etc.

La protection de la santé de la population et la défense des intérêts des consommateurs en termes de sécurité alimentaire sont régies par un texte spécifique, à savoir la **loi n° 9863 du 28 janvier 2008 sur les produits alimentaires**, qui traite de la sécurité alimentaire et de la saine alimentation de la population, l'objectif étant de parvenir à un niveau élevé de protection de la santé et des intérêts des consommateurs. Se fondant sur la loi précitée, le ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation et de la Protection des consommateurs met actuellement en place une Agence nationale de sécurité alimentaire.

La **loi n° 9902 du 17 avril 2008 relative à la protection des consommateurs** définit par ailleurs, en son article 4, les droits des consommateurs.

Une **Stratégie de protection des consommateurs et de surveillance des marchés** a été élaborée (et adoptée) sous la houlette du ministère de l'Economie, du Commerce et de l'Energie, en coopération avec le ministère de la Santé et du ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation et de la Protection des consommateurs.

La **loi n° 9952 du 14 juillet 2008 relative à la prévention et à la lutte contre le VIH/SIDA** a été adoptée ; la nouvelle stratégie concernant le VIH/SIDA est quant à elle en cours d'élaboration.

En matière de toxicomanie, notre pays a signé et ratifié trois conventions des Nations Unies dans le domaine de la lutte contre la drogue.

Loi n° 8722 du 26 décembre 2000 relative à l'adhésion de la République d'Albanie à la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes.

Loi n° 8723 du 26 décembre 2000 relative à l'adhésion de la République d'Albanie à la Convention unique sur les stupéfiants, telle que modifiée par le Protocole de 1972 portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, Journal officiel n° 50 de 2000, publié le 29 janvier 2001, p. 2190.

Loi n° 8965 du 7 novembre 2002 relative à l'adhésion de la République d'Albanie à la Convention des Nations Unies sur les stupéfiants.

Les articles 283, 235 et 286 du code pénal albanais (adopté en vertu de la loi n° 7895 du 27 janvier 1995 et publié au Journal officiel n° 2 de 1995) frappent de sanctions pénales le trafic, la fabrication, le traitement, la distribution, le transport, la détention et le commerce de drogues et de stupéfiants.

Stratégie nationale entérinée par l'arrêté n° 292 pris en Conseil des Ministres le 7 mai 2004 portant adoption de la stratégie nationale 2004-2010 de lutte contre la drogue, et Plan d'action relatif à sa mise en œuvre.

Le **Guide des recommandations pour une alimentation saine en Albanie** a été réalisé par le ministère de la Santé dans le cadre d'un Projet issu du Pacte de stabilité consacré à l'amélioration des services de sécurité alimentaire et de la nutrition dans les pays de l'Europe du Sud-est, en coopération avec les ministères concernés, à savoir le ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation et de la Protection des consommateurs, et le ministère de l'Education et des Sciences. Ce Guide a été adopté en vertu de l'arrêté n° 141 du Ministre de la Santé en date du 2 mars 2009.

Stratégie 2009 relative à la santé en matière de procréation - Son objectif est de répondre aux besoins de chaque individu, en particulier les femmes, les enfants et les adolescents, en proposant des services de qualité et financièrement abordables qui recouvrent tous les aspects de la

procréation afin d'améliorer la situation sur le plan sanitaire et de faire baisser les cas de maladie et le taux de mortalité. Cette stratégie prévoit également des actions d'informations auprès du grand public concernant les problèmes de santé en matière de procréation.

La presse et les médias audio-visuels contribuent à toutes les actions de promotion et de prévention qui intéressent la santé publique. Les médias collaborent toujours de manière fiable aux différentes campagnes de sensibilisation et aux émissions de télévision ou aux articles de presse consacrés à ces questions.

Éducation à la santé en milieu scolaire

La Stratégie de santé publique et de promotion sanitaire insiste sur le fait que les enfants peuvent se voir inculquer, dans les établissements scolaires et préscolaires, les règles de base d'un mode de vie sain – bonne interaction sociale et travail d'équipe - et apprendre ce qu'il faut savoir sur l'hygiène personnelle, la prévention des accidents, une alimentation saine et autres questions importantes concernant la santé et la sécurité (www.moh.gov.al).

Les écoles primaires et secondaires disposent d'un service de médecine scolaire assuré par des médecins ou des infirmières, qui travaille aussi en coopération avec des experts spécialisés dans le domaine de la promotion sanitaire au niveau national et local. Ce service est régi par le règlement conjoint de 1988 du ministère de l'Éducation et des Sciences et du ministère de la Santé relatif au service de médecine déployé dans les établissements scolaires et préscolaires. Ses missions sont axées sur la prévention ; elles consistent aussi à suivre le développement physique et psychomoteur des enfants en maternelle et à l'école primaire, à faire appliquer les normes d'hygiène, et à mener une action de promotion sanitaire en cherchant à protéger et fortifier leur santé.

Jusqu'en 2006, l'éducation à la santé était une matière distincte enseignée dans le cycle des huit années d'enseignement élémentaire, à raison de dix-sept cours. Les sujets abordés étaient notamment les suivants :

- 5e année : maladies virales, hygiène générale et hygiène personnelle
- 6e année : alimentation et prévention du tabagisme
- 7e année : protection de l'environnement et substances engendrant des abus (alcool, drogues)
- 8e année : éducation sexuelle et SIDA

Le Service psychosocial en milieu scolaire est un nouveau service qui a été mis en place dans le système éducatif pré-universitaire en 2004. Il a principalement pour but de promouvoir le bien-être mental et physique des élèves et de faciliter le processus d'apprentissage.

Fonctions du service de médecine scolaire dans le système éducatif pré-universitaire - enseignement préscolaire et scolaire.

A. Informations concernant l'éducation à la santé dans les programmes scolaires

L'éducation à la santé dispensée dans l'enseignement pré-universitaire est perçue comme une composante importante et naturelle de l'éducation et de la formation des enfants et adolescents en milieu scolaire. Après 1990, lorsque l'Albanie s'est engagée sur la voie de la démocratie, elle s'est trouvée confrontée, en termes de sécurité sanitaire, à des phénomènes tels que la drogue et le virus du VIH-SIDA qui sont venus s'ajouter aux problèmes existants, à savoir l'alcoolisme, le tabagisme et la malnutrition. Dans ces conditions, les autorités ont considéré que les programmes scolaires pré-universitaires devaient largement et progressivement aborder l'ensemble des connaissances, compétences et attitudes qu'il était demandé aux élèves d'assimiler dans le domaine de la santé. Les programmes partent du principe que les élèves doivent acquérir, par le biais de l'éducation, les informations nécessaires en matière de santé, et développer les compétences, comportements, attitudes et valeurs dont ils auront un besoin vital pour assurer, à eux-mêmes et à autrui, une existence de qualité en bonne santé.

Il s'agit ici de donner aux élèves des informations et une formation sur les questions de santé et sur les conséquences de comportements irresponsables, et de les amener à résister aux pressions qui les poussent vers la drogue, l'alcool, le tabac et les rapports sexuels précoces et non protégés. Il s'agit aussi d'instituer des liens de communication constructifs avec la famille sur les questions liées à la santé, de susciter une responsabilité citoyenne qui pousse à aider autrui, et de faire en sorte de se sentir personnellement en devoir de protéger les autres face à différents problèmes de santé.

Les approches qui ont été suivies et continuent d'être suivies par les établissements scolaires pour ces programmes sont de trois types :

- matière séparée
- matière transversale
- activité hors programme scolaire

Matière séparée

Depuis 1994 et jusqu'en 2005 – date à laquelle la durée de la scolarité obligatoire a été portée de huit à neuf années d'études -, un programme spécial d'éducation à la santé a été dispensé, qui consistait à expliquer la santé, l'alimentation, le tabac, l'alcool, la drogue, la sexualité, les MST et le VIH-SIDA. Après 2005, l'éducation à la santé a été intégrée dans le cours de biologie enseigné de la 6^e à la 9^e année d'études.

Dans le cycle secondaire, jusqu'à l'année scolaire 2009-2010, les questions de santé n'ont plus été abordées que de façon transversale et dans le cadre d'activités hors programme.

En 2009-2010, le tronc commun de l'enseignement général prévoit une matière intitulée « aptitudes à la vie quotidienne », qui entend inculquer aux étudiants ces compétences de base en s'appuyant sur les aspects qui touchent à la santé.

Matière transversale

L'éducation à la santé est également présente dans des matières telles que les sciences naturelles et l'éthique sociale (enseignement élémentaire), la biologie et l'éthique citoyenne (second degré de l'enseignement élémentaire), ainsi que la biologie, la sociologie et la psychologie (enseignement secondaire). Dans le secondaire, les questions de santé sont abordées non seulement sous l'angle biomédical, mais aussi d'un point de vue social et juridique.

Activités hors programme

Une ample documentation a été réalisée à l'intention des élèves et des enseignants par diverses associations actives dans le domaine de l'éducation à la santé, de même que par les établissements scolaires eux-mêmes. Ces derniers, aidés par des ONG, ont conçu et mené à bien plusieurs actions concrètes auprès des élèves sur ce sujet.

La refonte des programmes a laissé aux établissements scolaires une marge de manœuvre qui leur donne la possibilité d'aborder par eux-mêmes des problèmes de santé que les élèves rencontrent au quotidien.

Le facteur positif pour ce qui est de l'éducation à la santé de la population scolaire réside aussi dans le fait que des normes ont été définies en la matière pour l'enseignement élémentaire et secondaire ; elles forment le cadre dans lequel sont élaborés les cours en question et permettront d'obtenir les résultats escomptés pour tous les élèves et étudiants des cycles pré-universitaires.

Place de la santé dans les cours d'éthique

Enseignement obligatoire - Les questions de santé sont abordées sous différents angles quasiment tout au long des cours d'« éthique sociale », de la 1^e à la 8^e années d'études.

Enseignement secondaire - Le thème de la santé est évoqué dans les cours d'« éthique citoyenne » en 10^e et 11^e années de l'enseignement général et en 10^e année de l'enseignement professionnel, selon le schéma ci-après.

En 10^e année, la santé est une matière distincte qui relève du cours d'« éthique citoyenne ». Elle y est présentée comme un droit et une valeur qu'il convient de préserver avec beaucoup de soin. Les objectifs qui sont ici poursuivis sont les suivants :

- Donner une définition de la santé.
- Dresser la liste des principaux risques pour la santé.
- Passer en revue un certain nombre de maladies liées au bien-être et aux problèmes sociaux.
- Expliquer en quoi la santé est un droit et un devoir pour chaque citoyen.
- Expliquer l'importance de l'information et de la prévention pour la protection sanitaire.
- Exposer certaines initiatives ou démarches à entreprendre pour protéger la santé dans divers environnements.
- Décrire le tort que peuvent infliger certains ennemis de la santé – drogue, alcool, tabac, etc.
- Trouver, en s'appuyant sur la législation albanaise et les acquis tirés d'autres matières, des arguments qui montrent l'importance de la lutte contre ces ennemis de la santé.
- Enumérer les controverses concernant la consommation de drogue, d'alcool et de tabac - ainsi que le caractère légal ou illégal de cette consommation – et prendre clairement position.
- Appliquer les textes de loi pour protéger sa santé et celle d'autrui dans la vie de tous les jours.
- Exploiter les connaissances acquises pour protéger sa santé contre divers risques et la préserver d'un certain nombre de maladies connues.
- Recueillir des données et des faits concernant des problèmes de santé et les interpréter.
- Prédire les conséquences d'attitudes et comportements divers sur la santé.

En 11^e année, les questions de santé sont évoquées dans le volet des cours d'« éthique citoyenne » consacré à l'alimentation. L'alimentation est ici présentée comme une ressource essentielle, qui

procure l'énergie indispensable à la bonne marche de notre organisme. Pour qu'elle remplisse effectivement la fonction qui est la sienne, l'alimentation doit être de qualité et faire l'objet de contrôles. Chacun doit savoir quels aliments il doit consommer, quels sont ceux qu'il consomme et quels sont ceux qui présentent un danger pour son organisme Cette partie du cours cherche à :

- Décrire ce que l'on entend par « s'alimenter ».
- Appliquer, en s'appuyant sur les connaissances acquises dans d'autres matières (biologie, chimie), les grandes notions de physiologie qui sont liées à l'alimentation et, à partir de là, décrire ou expliquer différents comportements alimentaires présents au sein de la population.
- Dresser la liste de quelques aliments parmi les plus sains, sur la base de critères scientifiques.
- Expliquer l'importance d'une alimentation équilibrée.
- Décrire certaines des maladies liées aux comportements alimentaires.
- Etablir la distinction entre aliments naturels et aliments modifiés.
- Prendre position sur des questions relatives à la production d'aliments génétiquement modifiés.
- Appliquer la législation albanaise pour défendre les droits de chaque individu en matière d'alimentation, afin de se protéger et de protéger autrui contre les aliments modifiés.
- Recueillir des données et des faits sur des questions touchant à l'alimentation et les interpréter.

A la suite de l'allongement de la scolarité obligatoire, dont la durée est passée de 8 à 9 ans, le cours d'éducation à la santé s'est trouvé profondément remanié. Il a cessé d'être une matière distincte et a été intégré dans le programme de biologie qui s'étale sur les cinq années du cycle supérieur de l'enseignement obligatoire. Outre les thèmes susmentionnés, on y retrouve des sujets tels que la santé mentale, l'anatomie et le fonctionnement de nos organes.

Il s'agit bien souvent d'activités hors programme proposées durant les heures de cours dont chaque établissement scolaire peut librement disposer. Tout cela s'accompagne cependant de phénomènes que nous considérons "préjudiciables" pour notre secteur. Ainsi, le volume de connaissances transmises aux élèves diminue d'année en année. En biologie, on ne compte guère plus, pour toute l'année, que cinq ou six sujets ayant un lien avec l'éducation à la santé.

Dans les établissements préscolaires et dans les écoles élémentaires, l'éducation à la santé est dispensée dans le cadre d'une réglementation qui date de 1998, d'où des dysfonctionnements.

En vertu de l'arrêté n° 698 pris par le Ministre de la Santé en date du 17 décembre 2009, un groupe de travail interinstitutionnel (dans lequel sont représentés le ministère de la Santé, le ministère de l'Education et des Sciences, l'Institut de santé publique, le Centre national de certification qualitative et d'agrément des établissements sanitaires et l'Autorité sanitaire régionale) a été constitué, en coopération avec l'OMS, afin de réorganiser l'éducation à la santé en milieu scolaire et les services correspondants. Ce groupe entend non seulement examiner le cadre réglementaire y afférent au regard des normes et compétences requises, mais aussi définir le dispositif global envisagé, qui se compose de douze services de base : prévention des maladies contagieuses, maladies chroniques, tabagisme, alcoolisme et toxicomanie, santé mentale et bien-être psychologique, accidents et traumatismes, activité physique, alimentation saine, développement et croissance saine, santé morale, environnement, enfants ayant des besoins particuliers, violence, sexualité, VIH, procréation.

Orientation et dépistage de la population dans son ensemble

L'Institut de Santé publique a conçu un nouveau modèle de services de médecine générale à des fins de dépistage précoce et de traitement en temps utile des causes potentielles de maladies cardiovasculaires – il s'agit essentiellement de services de consultation et de suivi. Ce programme vise à encourager la détection précoce et le traitement approprié des facteurs de risques liés aux insuffisances coronaires et aux maladies cardiovasculaires, afin de prévenir les problèmes de santé qui peuvent en résulter au sein de la population albanaise.

Il s'articule autour d'un guide qui a été élaboré pour venir en aide aux médecins (mais aussi, le cas échéant, au personnel infirmier) et qui reprend pour l'essentiel les normes de classement et d'orientation des individus pour chacun des huit facteurs variables, majeurs et mineurs, de maladies cardiovasculaires. Le programme envisage de mesurer régulièrement, auprès de tous les usagers des services de médecine générale, une série d'indicateurs liés au comportement, ainsi que des paramètres biologiques individuels. Toute personne couverte par l'assurance maladie est en droit de bénéficier de ces nouveaux services.

Le modèle de dépistage médical a été testé dans la plupart des régions du pays et porté à la connaissance des autorités sanitaires compétentes. Dix nouveaux centres de dépistage et de consultation volontaire / anonyme ont ouvert leurs portes dans le pays, avec le concours du Fonds mondial. Rattachés aux Directions de la santé publique, ils ont été implantés à Tirana et dans les districts de Durrës, Vlorë, Fier, Korçë, Lezhë, Shkodër, Gjirokastër, Berat et Elbasan.

La création des centres anonymes s'explique par le fait que le dépistage du VIH ne donne pas de résultats satisfaisants en Albanie ; la stratégie ainsi mise en place devrait améliorer la situation. L'anonymat des personnes dépistées sera préservée, quelle que soit leur bilan sérologique.

Le rôle du dépistage et des consultations dans la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA est double :

1. la prévention : il s'agit de modifier les comportements en s'appuyant sur une évaluation des risques et sur la mise en place de mesures destinées à limiter ces risques ;
2. la prise en charge : il faut proposer aux patients un soutien psychologique pour les aider à se projeter dans l'avenir.

Les centres de dépistage et de consultation volontaire doivent offrir :

1. anonymat
2. confidentialité
3. fiabilité
4. gratuité
5. professionnalisme

Chacun des Centres doit s'attacher à :

- a. faire des usagers sa préoccupation majeure et veiller à ce que ses services répondent à leurs attentes. Les usagers doivent être immédiatement pris en charge à leur arrivée au centre, sans qu'une longue attente leur soit nécessaire. Si le temps d'attente est supérieur à 10 minutes, le patient doit en être informé et, s'il ne peut patienter, un autre rendez-vous doit lui être proposé ;
- b. respecter rigoureusement les normes et protocoles définis pour ces structures ;
- c. se conformer à tous les accords passés avec les centres de dépistage et de consultation volontaire en appliquant une procédure de contrôle de qualité, d'orientation, de fiabilité et de confidentialité ;
- d. convoquer chaque semaine une réunion de son personnel d'encadrement afin de faire le point sur le fonctionnement du centre ;
- e. veiller à ce que les résultats des tests VIH/SIDA soient remis directement et par écrit au patient, et non pas communiqués par téléphone. Ces résultats ne doivent être montrés qu'au patient et à ceux admis, par une autorisation signée de sa main, à prendre connaissance d'informations confidentielles ;
- f. s'assurer qu'aucun patient ne reçoive copie des résultats, en ce qu'ils pourraient être détournés de leur usage. En cas de demande de copie des résultats à des fins de référence, le centre doit signer le formulaire autorisant la communication d'informations confidentielles ;
- g. mettre en place des protocoles de confidentialité ;
- h. veiller à que tout usager ou patient mineur d'âge soit accompagné et exiger de la personne qui l'accompagne qu'elle autorise toutes les procédures et interventions du centre concernant l'intéressé ;
- i. ne pratiquer aucun test sur un mineur de moins de 16 ans sans l'accord de la personne qui l'accompagne ;
- j. vérifier que chaque patient possède la carte du centre mentionnant le numéro du dossier et le numéro d'identification personnelle.

Deuxième motif de non-conformité

Femmes enceintes, enfants et adolescents

Suivi, examens médicaux et conseils dispensés aux femmes enceintes

Le suivi, les examens médicaux et les conseils dispensés aux femmes enceintes sont régis par **l'instruction n° 146 arrêtée en date du 11 avril 2003** par le Ministre de la Santé. Ce texte prévoit que :

- Toutes les femmes enceintes doivent bénéficier de soins médicaux gratuits durant la grossesse, lors de l'accouchement et après la naissance, soins qui leur seront dispensés dans les établissements de santé maternelle et infantile ;
- avant la naissance, quatre examens médicaux prénatals au minimum doivent être effectués durant le suivi de la grossesse afin de prévenir, dépister et traiter les complications potentielles, voire, au besoin, aiguiller les intéressées vers des structures appropriées en temps voulu ;

- s'il s'avère qu'une femme enceinte présente divers problèmes de santé (l'instruction dressant également la liste de ceux qui doivent être pris en considération), elle devra être examinée par un médecin à des intervalles plus rapprochés, selon le type de problème détecté ;

L'instruction précise par ailleurs la date à laquelle doivent être pratiqués les quatre examens médicaux, la nature de ces examens et la procédure à suivre par le médecin.

- Le premier examen doit intervenir au cours des trois premiers mois de grossesse.
- Le deuxième examen doit intervenir entre la 22^e et la 26^e semaine de grossesse.
- Le troisième examen doit intervenir entre la 30^e et la 32^e semaine de grossesse.
- Le quatrième examen doit intervenir la 38^e semaine de grossesse.

L'instruction indique les procédures à suivre et la nature des examens à réaliser lors de chaque visite de contrôle.

L'instruction prévoit aussi, pendant la grossesse, trois échographies qui doivent être pratiquées gratuitement aux intervalles suivants : la première entre la 8^e et la 11^e semaine d'aménorrhée, la deuxième entre la 19^e et la 22^e semaine d'aménorrhée, et la troisième la 32^e semaine d'aménorrhée. Le texte met aussi en place un protocole de suivi de la mère en période post-natale.

Il impose à la mère, en période puerpérale, de se soumettre à des visites de contrôle qui doivent être réalisées par le personnel médical qui la prend en charge avant et après l'accouchement, et ce en milieu urbain comme en milieu rural.

a- La période puerpérale se situe entre le 1^{er} et le 60^e jour qui suivent la naissance de l'enfant.

b- Les visites de contrôle post-natal doivent intervenir les 3^e, 8^e et 40^e jours après la naissance.

c-Lors de ces visites, les contrôles doivent porter sur :

- pouls et tension artérielle
- température
- anémie
- vérification des seins et lactation – aiguillage vers un service spécialisé en cas de problème
- examen pelvien, vérification de l'involution utérine – infections potentielles des voies génitales
- contrôle vulvovaginal
- miction et défécation
- discussion avec la mère, après l'accouchement, des moyens de contraception appropriés.
- Si l'accouchement a eu lieu par césarienne, une visite supplémentaire peut être nécessaire dans les 8 à 15 jours qui suivent.

L'instruction contient en outre des explications et conseils concernant l'alimentation de la femme enceinte, les apports en fer et acide folique, ainsi que le traitement de l'anémie en cas d'insuffisance en fer qui doit commencer dès la période de pré-conception (adolescence et puberté) et se poursuivre durant la grossesse et après la naissance.

Troisième motif de non-conformité

Sur la question posée par les étudiants concernant la fréquence des examens :

Les médecins affectés en milieu scolaire devront, tout au long de l'année:

- traiter gratuitement toutes les urgences qui surviennent parmi les étudiants;
- faire passer à tous les élèves de la 1^e à la 9^e année d'études une visite médicale gratuite dans un but de dépistage. Ces visites doivent démarrer en septembre, ce qui correspond au début de l'année scolaire, et se terminer à la fin de celle-ci ;
- réaliser, en coopération avec les professeurs d'éducation physique, des contrôles anthropométriques sur les élèves de la 5^e à la 9^e année d'études ;
- procéder à des contrôles d'hygiène au sein de l'établissement scolaire.

Les établissements scolaires ne possèdent pas tous les locaux et équipements nécessaires pour effectuer ces examens. En fait, on compte environ un médecin par établissement de 800 élèves/étudiants, mais ce ratio n'est pas uniforme ; il varie en fonction du nombre d'étudiants dans chaque établissement et du nombre de médecins disponibles dans chaque région pour couvrir ces besoins. »

91. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 11§2 GEORGIE

Le Comité conclut que la situation de la Géorgie n'est pas conforme à l'article 11§2 de la Charte révisée, au motif que les mesures de consultation et dépistage pour les femmes enceintes et les enfants ne sont pas suffisantes

92. Le représentant de la Géorgie a fourni par écrit les informations suivantes :

« *Éducation à la santé*

Éducation à la santé

Des campagnes d'information destinées à prévenir et contrôler les maladies chroniques sont menées par différentes instances de santé publique. Ces campagnes visent à réaliser les objectifs de projets thématiques, tels que Prévention et Contrôle du VIH, Tuberculose, Tabagisme, Toxicomanie etc. ; elles sont donc périodiques et diffèrent en termes de couverture, mode de communication, etc.

Éducation à la santé en milieu scolaire

Conformément aux normes de l'enseignement secondaire, les établissements doivent sensibiliser les élèves au tabagisme, à l'alcoolisme, à la toxicomanie et à la lutte contre ces dépendances et les éduquer à un mode de vie sain. Par conséquent, ces questions sont abordées dans des manuels et guides à l'intention des élèves et des enseignants. Leur place dans l'enseignement doit être confortée. D'importants projets de promotion de l'éducation sanitaire à l'école sont programmés et mis en œuvre par différentes instances éducatives et sanitaires. Le Centre de santé publique et de contrôle des maladies et le ministère de la Science et de l'Éducation travaillent à un projet d'approche globale de l'école et à la mise en place d'un réseau d'écoles-santé.

Consultation et dépistage des maladies

Données clés sur les soins prénatals, Géorgie, 2008

	Nombres de grossesses déclarées	Accouchements		Femmes enceintes ayant eu 4 visites prénatales	
		Nombre	%	Nombre	%
Géorgie	54760	49508	90.4	35532	71.8

Source : *Annuaire statistique Géorgie, 2008 /www.ncdc.ge/*

En 2008, 71,8% des femmes se sont rendues dans les centres de consultation pour femmes pour une série de quatre visites complètes. Dans le cadre de ces visites, 41001 femmes ont bénéficié d'un examen médical ; 56,2 % du nombre total d'examen ont été réalisés au cours des trois premiers mois de la grossesse. Les femmes enceintes ont fait l'objet de divers dépistages : facteur rhésus (47044), syphilis (42885), SIDA (41382) et Hépatite B (40129). A noter également, la réalisation d'un dépistage de l'hépatite C pour 6248 femmes enceintes.

Depuis juin 2007, est lancé -avec l'aide de la Fondation Rostropovitch-Vichnevskaya (RVF) - le programme de dépistage pour femmes enceintes visant à identifier les porteurs de l'antigène de surface hépatite (**HBsAg**). De juin à fin décembre 2007, 26015 femmes enceintes ont ainsi été dépistées, et 40129 en 2008. A noter en outre, le démarrage du programme d'immunisation passive pour les nouveau-nés de mères porteuses du HBsAg, par l'injection d'immunoglobine de l'hépatite B (HBIG) pour renforcer l'efficacité protectrice de l'hépatite B néonatale existante. Au total, 557 nouveau-nés ont été vaccinés de juin à fin décembre 2007 et 1316, en 2008. »

93. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 11§2 MALTE

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

- l'information et la sensibilisation du public est une priorité de la santé publique;
- la prévention par le dépistage est un outil utilisé pour contribuer à l'amélioration de la santé de la population.

94. Le représentant de Malte a fourni par écrit les informations suivantes :

Premier et deuxième motifs de non-conformité

« Malte se conforme aux directives internationales en matière de dépistage. Bien que la rentabilité du dépistage n'ait pas encore été scientifiquement établie pour toutes les affections, le pays a d'ores et déjà investi dans un programme de dépistage du cancer du sein, qui a démarré en 2009. D'autres programmes de dépistage du cancer sont en cours, notamment pour le cancer du col de l'utérus et le cancer colorectal.

Même si d'autres maladies non transmissibles ne font pas l'objet d'un dépistage, une surveillance épidémiologique de ces importants facteurs de morbidité et de mortalité est opérée régulièrement dans le cadre d'une enquête sanitaire par interview. Malte participe également à l'enquête européenne de santé par examen (EHES), qui permettra de dresser un tableau plus précis de la situation, puisqu'elle s'appuiera sur des tests de dépistage couvrant une série de maladies, et non pas simplement sur les réponses des personnes interrogées. Des dépistages sont déjà proposés à toutes les femmes par les services de consultation prénatale. Un certain nombre d'entre elles ont recours au secteur privé pour le suivi de leur grossesse. Toutes les femmes enceintes sont vivement encouragées à s'inscrire au plus tôt auprès des services de consultation prénatale. Un programme de visites à divers stades de la grossesse est établi pour le dépistage de certaines infections (toxoplasmose, cytomégalovirus, rubéole et herpès, entre autres), la surveillance de l'hypertension, du poids et du diabète gestationnel. Il ne peut être tiré de conclusions définitives d'un tel exercice, car s'il est probable que 70 % des femmes enceintes soient suivies par les hôpitaux du secteur public, cela ne signifie pas que les 30 % restants ne bénéficient pas d'un check up postnatal dans le secteur privé. Nous ne disposons pas de données chiffrées au niveau national (notamment pour ce qui concerne le suivi médical effectué dans le secteur privé et le secteur public). En tout état de cause, ce service est proposé à TOUTES les mères, par le canal de la « Well-Baby Clinic » et la MMDNA qui propose des services de soins infirmiers à domicile.

Dépistage des enfants d'âge scolaire – Il a été soulevé une objection liée à l'absence de suivi médical scolaire des enfants de plus de 11 ans. Ce service n'est pas assuré à ce jour en raison d'un manque de personnel. Toutefois, le Plan cadre proposé pour les cinq prochaines années prévoit expressément l'organisation par le Service maltais de médecine scolaire - qui fait désormais partie de l'Unité des soins primaires de santé infantile et de vaccination - des activités ci-après à proposer gratuitement aux enfants d'âge scolaire.

(a) Programme de promotion de la santé infantile

- Informations, conseils et soutien dispensés aux parents et à l'enfant, ainsi qu'aux établissements censés veiller au bon développement de l'enfant.
- Actions de promotion de la santé à l'intention de tous les enfants (d'âge préscolaire et scolaire), de leurs familles et du personnel éducatif.
- Libre accès aux services de médecine scolaire pour tous les enfants d'âge scolaire.
- Programmes d'aide aux personnes et groupes de personnes ayant des besoins particuliers.
- Offre de services de soins de santé primaires et coordination d'autres services

(b) Suivi et éducation sanitaires

- Suivi et éducation sanitaires tout au long de la petite enfance, de l'enfance et de l'adolescence par les mêmes intervenants
- La continuité des soins dispensés à tous les enfants en bas âge et d'âge scolaire s'en trouvera améliorée et le personnel médical sera plus motivé, de sorte qu'il s'emploiera à offrir les services de soins de santé les plus efficaces possibles .

Malte conteste la conclusion formulée par le Comité. Les principaux objectifs du gouvernement en matière de santé sont d'améliorer l'égalité d'accès aux soins de santé, d'en promouvoir la qualité et l'excellence et de les pérenniser. L'une des méthodes qu'il a retenue pour atteindre le but qu'il s'est fixé est de privilégier les initiatives visant à promouvoir la santé et l'adoption de modes de vie sains en vue d'allonger l'espérance de vie. C'est aussi un volet important de la stratégie nationale pour un développement durable.

A cet effet le gouvernement entend privilégier, dans tous les services, une approche préventive des soins de santé, et faire porter l'essentiel des efforts sur les maladies non transmissibles, en ce compris les maladies cardiovasculaires, le diabète et le cancer. L'exercice requiert des informations actualisées et fiables, tant sur les stades diagnostiqués que sur les phases antérieures de la maladie, ainsi que sur les niveaux de facteurs de risque, afin de pouvoir bien planifier les actions futures de promotion de la santé et les prestations sanitaires. A cette fin, il a été programmé et budgétisé en 2009 une enquête de santé par examen à réaliser en 2010, conjointement avec d'autres pays européens .

Une attention particulière sera accordée aux facteurs de risque associés aux maladies cardiovasculaires et au diabète. L'initiative en cours qui consiste à édicter des directives nationales concernant le traitement de l'hypertension et à les faire appliquer dans les établissements de soins

primaires et intensifs devrait permettre de prévenir les complications qui peuvent être évitées. Des initiatives similaires suivront pour le traitement d'autres facteurs de risque.

La stratégie nationale sur les maladies non transmissibles qui vient d'être rendue publique porte en priorité sur les maladies cardiovasculaires et le diabète. Le gouvernement va continuer à améliorer progressivement la panoplie de médicaments dont disposent les médecins pour traiter ces maladies courantes.

L'obésité et le tabagisme seront traités de manière plus globale. Pour la première, le Plan d'action national que va publier prochainement le Comité intersectoriel de lutte contre l'obésité (ICCO) prévoit notamment la mobilisation des acteurs publics et privés en vue de créer un environnement moins obésogène et la mise en place d'un minimum d'activité physique obligatoire à l'école. Pour le tabagisme, la poursuite des campagnes anti-tabac combinée avec la présence obligatoire d'avertissements graphiques sur les paquets de cigarettes, ainsi que la création d'une unité chargée de faire rapport sur la lutte contre le tabac, devraient contribuer à faire reculer cet important facteur de risque. Ce sont en particulier les femmes jeunes qui seront visées.

S'agissant de la prévention des maladies transmissibles, une politique nationale de santé en matière de sexualité sera présentée prochainement au public, dans le but d'enrayer l'augmentation du nombre de cas de maladies sexuellement transmissibles, telles que la blennorragie. Cette politique servira de cadre à la reformulation d'un plan d'action stratégique. »

95. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 11§2 ROUMANIE

Le Comité conclut que la situation de la Roumanie n'est pas conforme à l'article 11§2 de la Charte révisée pour les motifs suivants :

- il n'est pas établi que des campagnes d'information soient organisées pour informer et sensibiliser le public aux problèmes de la mortalité infantile et maternelle ;
- il n'est pas établi qu'une éducation sanitaire soit organisée en milieu scolaire sur les effets nocifs du tabac, de l'alcoolisme et sur la prévention des maladies transmissibles et du SIDA.

96. La représentante de la Roumanie a fourni par écrit les informations suivantes :

Premier et deuxième motifs de non-conformité

« Campagnes d'information et de sensibilisation sur la mortalité infantile et maternelle Actions d'éducation sanitaire concernant les effets nocifs du tabagisme, la consommation d'alcool et la prévention des maladies sexuellement transmissibles et du SIDA.

Dans le cadre du Programme national de promotion de la santé et d'éducation sanitaire déployé par le **ministère de la Santé**, les Directions de la santé publique des différentes régions et de Bucarest ont organisé, par le biais de leurs Bureaux pour la promotion de la santé, des actions d'information, d'éducation et la communication ; ces initiatives sont, dans la plupart des cas, intégrées aux campagnes nationales ou locales auxquelles participent des ONG et d'autres partenaires du secteur public et privé.

Ont ainsi été organisées et menées à bien :

➤ pour la *prévention de l'abus d'alcool* – 2 568 activités (cours, conférences avec les parents) ont été proposées et 165 570 personnes en ont bénéficié (étudiants, enseignants, parents, personnel médical, patients, détenus) ; 855 667 documents de sensibilisation leur ont été distribués ; un budget de 91 807 RON a été consacré à ces activités, auxquelles ont participé 876 établissements scolaires ;

➤ pour la *prévention du tabagisme* – 3 789 activités (conférences de presse, articles dans la presse locale, campagnes visant à mesurer le monoxyde de carbone (CO) émis par l'air expiré) ont été proposées et 278 289 personnes en ont bénéficié (étudiants, parents, grand public, préadolescents, personnel médical, patients, personnes placées en foyer) ; 137 394 documents de sensibilisation leur ont été distribués ; un budget de 154 735 RON a été consacré à ces activités, auxquelles ont participé 1 586 établissements scolaires. Les programmes « Un foyer sain » (destiné aux élèves de 1^{ère} année), « Je ne fume pas » (élèves de 4^e année) et « Les adolescents arrêtent de fumer » (élèves des 9^e à 12^e années) ont été très bien accueillis et ont connu un réel succès parmi les élèves et les enseignants ;

➤ pour la *prévention des maladies sexuellement transmissibles* – 1 631 activités ont été proposées et 133 047 personnes en ont bénéficié (étudiants, enseignants, parents, personnel médical, patients,

personnes séropositives et prostituées) ; 76 338 documents de sensibilisation ont été distribués ; un budget de 58 291 RON a été consacré à ces activités, auxquelles ont participé 602 établissements scolaires ;

➤ pour la *prévention du VIH/SIDA* – 2 385 activités ont été proposées et 244 376 personnes en ont bénéficié (étudiants, parents, personnel médical, personnes séropositives et prostituées) ; 118 690 documents de sensibilisation ont été distribués ; un budget de 155 176 RON a été consacré à ces activités, auxquelles ont participé 1 679 établissements scolaires. La campagne nationale de prévention baptisée « Stop SIDA! Tenez vos promesses » s'est traduite par diverses actions destinées à lutter contre la discrimination à l'encontre des personnes infectées par le VIH/SIDA, actions qui ont été menées en coopération avec les médias locaux, les centres de consultation et de dépistage volontaire du VIH/SIDA et des associations d'étudiants en médecine et en pharmacie ; elle a également donné lieu à des activités d'information, à des séances de conseils psychologiques dans les écoles, à la distribution de préservatifs, etc.

Le Centre roumain de lutte contre le HIV/SIDA a organisé les activités suivantes :

- Lancement d'une campagne contre le SIDA le 27 janvier **2009** sur Facebook
- Conférence de presse et réalisation de documents divers pour toutes les régions
- Mini-marché autour de la santé
- Distribution de rubans.

Le ministère de l'Éducation a mis en place des programmes d'éducation à la santé, qui s'appuient sur:

a) des cours de **biologie** (où sont abordées les questions d'hygiène personnelle, l'éducation sexuelle, les maladies vénériennes, les troubles alimentaires, etc.), ou des matières technologiques: « Hygiène », « Sécurité au travail », « Alimentation », etc. ;

b) le « **Programme national d'éducation à la santé à l'intention des établissements scolaires roumains** » que coordonne depuis 2001 le ministère de l'Éducation, de la Recherche, de la Jeunesse et des Sports, en partenariat avec le ministère de la Santé. Plusieurs projets sont issus de ce programme :

- insertion d'un cours facultatif d'« éducation à la santé » dans les programmes scolaires de la 1^{ère} à la XII^e année d'études ; ce cours peut être consulté sur le site www.edu.ro ;
- formation de 400 formateurs nationaux ;
- formation de 8 700 enseignants ;
- élaboration de support de cours pour la formation des enseignants et formateurs nationaux ;
- rédaction de guides (informations et méthodes) destinés aux enseignants ;
- mise à disposition d'ordinateurs portables pour les étudiants ;
- lancement de la campagne publicitaire « Découvrir un monde sain », spots radiophoniques et télévisés, site web www.educatiepentrusanatate.ro ;
- activités extrascolaires et périscolaires (figurant dans le calendrier des activités éducatives au niveau national, régional, départemental et local) ;
- élargissement des partenariats avec des organismes internationaux, gouvernementaux et non gouvernementaux actifs dans le domaine de la santé (UNICEF, FNUAP, John Snow, USAID, ministère de la Santé, Autorité nationale de protection des consommateurs, Agence pour la protection de l'environnement, Fondation « Les jeunes pour les jeunes », organisation « Sauver les enfants »).

Les concepteurs du programme ont tenu compte de ce que l'éducation à la santé en milieu scolaire est l'un des principaux moyens de diffuser des informations correctes sur différents aspects de la santé et de former des comportements et habitudes indispensables pour un comportement responsable et sain.

Les principaux thèmes du programme d'« éducation à la santé » sont les suivants:

- notions élémentaires d'anatomie et de physiologie;
- les différentes phases de la croissance et du développement;
- hygiène personnelle (mains, ongles, dents, nez, bouche, cheveux, vêtements);
- activité physique et repos;
- santé environnementale (logement, pollution etc.);
- santé mentale (appartenance à un groupe, règles de politesse, règles sociales, relations interpersonnelles, stress, etc.);
- santé alimentaire (classification des aliments, pyramide alimentaire, protection des consommateurs, etc.);
- procréation et santé familiale (conception, contraception, maladies sexuellement transmissibles);

- consommation et abus de substances toxiques, de drogues, d'alcool, de tabac, et leurs conséquences – absentéisme, déscolarisation, délinquance juvénile;
- accidents (y compris les règles de premier secours), violence, abus physiques, violences conjugales et familiales.

Les programmes d'éducation à la santé proposent différents thèmes adaptés à chaque niveau d'études, qui portent en particulier sur l'hygiène et sur la prévention de l'alcoolisme, du tabagisme et de la toxicomanie. En voici quelques exemples :

1. les substances toxiques ;
2. l'usage et l'abus de médicaments ;
3. comment dire NON! à l'envie de drogue ;
4. le passage de la consommation accidentelle de drogue à la toxicomanie (tolérance, dépendance, désintoxication);
5. la dépendance à d'autres substances (alcool, tabac);
6. les mythes, préjugés et stéréotypes concernant la consommation de substances toxiques ;
7. les conséquences de la toxicomanie pour l'individu et la société ;
8. la législation sur la publicité, la vente et la consommation de substances toxiques.

On notera que le Programme national d'« éducation à la santé » est toujours en cours dans 3 254 établissements scolaires qui accueillent plus d'un million d'élèves ; déployé dans le cadre d'activités scolaires, extrascolaires et périscolaires, il a un impact positif en permettant aux enfants et adolescents d'acquérir des comportements responsables, pour leur propre santé et celle de leur entourage.

c) Afin d'inscrire le **programme national d'éducation à la santé** dans la durée, le ministère de l'Education met actuellement en œuvre le projet ESF intitulé « Offres éducatives extrascolaires et périscolaires du système éducatif pré-universitaire visant à inculquer aux enfants des catégories défavorisées, notamment dans les zones rurales, un mode de vie sain et une citoyenneté active».

Le projet entend :

- proposer des offres éducatives spécifiques pour promouvoir un mode de vie sain et une citoyenneté active afin de contribuer à donner une éducation de qualité aux enfants issus de communautés défavorisées, notamment rurales, en proposant des formations à diverses catégories de décideurs dans l'enseignement pré-universitaire;
- sensibiliser les divers acteurs sociaux locaux à la nécessité de promouvoir un mode de vie sain et une citoyenneté active afin de contribuer à donner une éducation de qualité aux enfants issus de communautés défavorisées, notamment rurales;
- développer et mettre en œuvre des offres éducatives complètes, extrascolaires et non institutionnelles, axées sur l'apprentissage d'un mode de vie sain et d'une citoyenneté active, à l'intention des enfants de communautés défavorisées, notamment rurales.

Le groupe cible était composé de 2 100 enseignants et décideurs évoluant dans l'enseignement pré-universitaire, ainsi que de 12 800 élèves, issus plus particulièrement de communautés défavorisées.

d) S'agissant des **mesures de prévention du tabagisme, de l'alcoolisme et de la toxicomanie**, le ministère de l'Education, de la Recherche, de la Jeunesse et des Sports, qui est partie signataire de la Stratégie nationale 2005-2012 de lutte contre la drogue est chargé à ce titre d'une série de missions relatives à prévenir la consommation de drogue chez les élèves et les étudiants. Des rapports sont régulièrement remis aux responsables de l'Agence nationale de lutte contre la drogue afin de compléter les rapports nationaux sur les progrès effectués dans la réalisation des objectifs.

Outre les objectifs généraux de la Stratégie nationale de lutte contre la drogue, le ministère de l'Education participe, en partenariat avec l'Agence nationale précitée, à deux projets bénéficiant d'un financement international: « Non censuré » (prévention de la consommation d'alcool, de tabac et d'autres drogues chez les enfants, basé sur le modèle de l'influence sociale), et « Moi et mon enfant » (qui fait partie intégrante du projet RO-0047 « Apprendre aux familles des compétences pédagogiques en matière de prévention de la consommation de drogue »). En 2010 se déroulera la 7^e édition du concours national sur les projets consacrés à lutter contre la drogue, baptisé « Ensemble » ; il réunira des étudiants de 9^e et 10^e années de l'enseignement secondaire qui ont monté dans leur établissement des projets sur des campagnes de prévention contre la consommation d'alcool, de tabac et de drogue. Une page web, actuellement en construction, y sera consacrée : on y trouvera des exemples d'activités réalisées par des enfants, ainsi que d'autres projets menés dans les écoles de tout le pays.

Le ministère de l'Education participe aussi, avec de nombreuses organisations gouvernementales et non-gouvernementales, à des campagnes de sensibilisation et à d'autres formes d'actions de prévention. On retiendra tout particulièrement à cet égard la conclusion d'un Protocole de coopération entre ce ministère et l'Agence nationale de lutte contre la drogue (n° MEC 12454/03.10.2005).

Les inspections scolaires territoriales ont fait état, en 2009, de différents programmes de prévention universelle, de prévention sélective et de prévention précoce.

Programmes de prévention universelle :

- nombre : 709
- bénéficiaires directs : 288 231 étudiants, enseignants et parents
- bénéficiaires indirects : 224 676 étudiants, enseignants, parents, populations locales, etc.

Programmes de prévention sélective :

- nombre : 168
- bénéficiaires directs : 40 813 étudiants, enseignants et parents
- bénéficiaires indirects : 24 700 étudiants, enseignants, parents, populations locales, etc.

Programmes de prévention précoce :

- nombre : 65
- bénéficiaires directs : 6 757 étudiants et parents
- bénéficiaires indirects : 5 460 étudiants, parents, populations locales, etc.

Exemples de programmes de prévention universelle :

- « VIP sans alcool » et « Classes sans tabac » - initiatives d'envergure nationale confiées à l'Agence nationale de lutte contre la drogue, en partenariat avec le ministère de l'Education et de la Recherche;
- débats avec des étudiants et concours de projets de lutte contre la drogue intitulé « L'alcool ne fait pas de toi un adulte »;
- confection, lancement et distribution gratuite du Guide « La santé en dix étapes pour vivre plus longtemps »;
- campagnes d'information et initiatives axées sur l'acquisition de compétences: « Tabac et alcool: deux vices – trois solutions », « Vaincre la tentation de la drogue », « Etre informé, être fort » , « Rejoignez-nous », « Pas à pas contre la drogue », « Habitudes de vie », « Alcool et tabac ne sont pas des jeux d'enfant », « Près de vous », « Toi aussi, tu peux faire quelque chose », « J'apprends à me protéger », « Démarrer une vie saine ! », « Soyez sympa avec votre vie! Dites non aux drogues! », « Caravane de prévention », « Marche pour la santé »;
- « Marketing de la sécurité » – prévention de la vente et de la consommation de drogues dans les écoles - projet lancé par le service de prévention et d'analyse de la police de Bucarest;
- « Un nouveau départ » – prévention de la consommation de drogue dans les écoles;
- Prévention de la consommation de drogue – cours d'information destinés à la police locale ;
- « Prenez soin de votre santé ! » – projet destiné à dissuader de consommer de la drogue;
- « Soyez informés, soyez forts! » – projet axé sur l'information ; affichage mensuel dans les écoles de panneaux consacrés à la prévention de la drogue;
- « Option : la clé de la réussite » – information et sensibilisation des étudiants par des spectacles et représentations illustrant les risques liés à la consommation de drogue;
- « Le lycée – la vie s'ouvre à toi » – vise à diminuer le taux de délinquance et de criminalité juvénile et à maintenir la consommation de drogue à un faible niveau dans les établissements scolaires de Bucarest ;
- « Alternatives » – campagne d'information destinée à faire connaître aux jeunes l'existence de centres de prévention, d'évaluation et de conseils en matière de drogue;
- séminaire inter-écoles « Lutter contre le tabagisme », avec la participation de divers établissements scolaires, organisé à l'Université populaire de Cluj-Napoca;
- « Tentations » - campagne visant à prévenir la consommation d'alcool, de tabac et de drogue chez les adolescents de 11 à 13 ans, axée sur l'acquisition de compétences personnelles et sociales et la participation à des activités extrascolaires;
- « Moyens efficaces de prévention et de lutte contre la consommation d'alcool, de drogue et de tabac chez les adolescents » – débats, conférences, présentations Power Point, concours d'affiches ;
- débat public : « Certaines plantes (tabac, coquelicots, fleurs de tilleul) sont-elles des drogues ou des médicaments ? » ;
- « J'arrête » – conseils psychologiques, analyse des comportements rationnels et affectifs ;
- Clubs sans drogue ;

- projet international « La prévention de la toxicomanie, c'est l'affaire de tous » – actions d'information et initiatives interactives (éducation par les pairs, activités récréatives, débats publics, formation comme bénévole) ;
- « La drogue, un jeu dangereux » - activités axées sur les méthodes à suivre pour lutter contre la drogue, avec les enseignants, les associations étudiantes, les organisations de parents d'élèves, des étudiants en gestion, etc. ;
- compétitions sportives visant à inciter les étudiants à opter pour un mode de vie sain – championnat de football, courses de cyclisme et de roller, tournois de handball et de basket ;
- représentation de la pièce « Oui à l'art – Non aux drogues! » jouée par des étudiants et suivie d'un débat animé par des enseignants;
- projet éducatif régional de « Réseau institutionnel contre les drogues »;
- programmes radiophoniques consacrés à la lutte contre la drogue, diffusés dans des clubs de la presse et des établissements scolaires ;
- concours national VIDEOART sur des thèmes liés à la lutte contre la drogue.

Exemples de programmes de prévention sélective :

- projet « Adolescence sans dépendance – 2008-2009 » – ateliers avec des élèves d'établissements d'enseignement spécial ;
- diffusion du film « Message du monde intérieur » dans les centres pour l'emploi ;
- actions d'information dans le cadre d'activités extrascolaires organisées par des clubs pour enfants ;
- « Développer un mode de vie sain » – campagne axée sur les étudiants qui pratiquent un sport ;
- sessions d'information, concours de dessins, formation d'équipes sportives dans les écoles accueillant des étudiants roms ;
- campagnes ciblées sur les enfants dont les parents travaillent à l'étranger.

e) S'agissant de **la sécurité routière**, il convient de mentionner ce qui suit.

L'éducation routière s'inscrit dans un cadre juridique qui régit aussi bien l'organisation et la réalisation d'activités scolaires et d'activités éducatives spécifiques que la conduite de véhicules par des adolescents. Les instruments juridiques qui accompagnent ce cadre sont :

- le **décret n° 195/2002**, tel que modifié et complété (article 49 – limitation de la vitesse maximale tolérée ; article 36, paragraphes (1) et (2) – obligation du port de la ceinture de sécurité et, pour les cyclistes et motocyclistes, d'un équipement de sécurité; articles 87 et 88 - interdiction de conduire sous l'emprise de la drogue ou de l'alcool; article 6, par. (3) et articles 32, 33, 35 - obligation d'aménagement de ralentisseurs) ;
- l'**arrêté conjoint n° 1589/25.07.2007** du ministère de l'Education, de la Recherche, de la Jeunesse et des Sports et du ministère des Affaires intérieures et de la Réforme administrative. Ce texte prévoit des cours d'éducation routière dans l'enseignement préscolaire, primaire et secondaire ainsi qu'un partenariat entre les deux ministères pour l'élaboration de programmes nationaux de prévention des accidents de la route afin d'inciter les enfants, les adolescents et les jeunes à adopter un comportement routier responsable.

Dans l'enseignement scolaire, les cours d'éducation routière prennent la forme d'activités spécifiques au niveau préscolaire, tandis que dans le primaire et le secondaire, il s'agit de *conseils et d'orientation* correspondant aux thèmes définis dans le partenariat passé entre le ministère de l'Education et le ministère de l'Intérieur. Les projets et programmes d'enseignement extrascolaires ont les mêmes cibles que celui-ci, à savoir les enfants de 3 à 6 ans, de 6 à 10 ans et de 10 à 14 ans.

Autres programmes d'éducation routière déployés au niveau national :

- concours national intitulé *Education routière – Education pour la vie* (manifestation annuelle). Organisé par le ministère de l'Education en partenariat avec le ministère de l'Intérieur (Service de police routière de l'Inspection générale de la police roumaine), ce concours s'adresse aux élèves de l'enseignement secondaire. Lancé en 2007, il a été étoffé par un volet consacré aux projets d'éducation routière, qui permettait également de proposer des thèmes adaptés aux lycéens: conception d'un modèle destiné à améliorer la sécurité routière, autonomie et place des enfants, des adolescents mais aussi des piétons dans la circulation ; campagne de sensibilisation du grand public à l'importance de la sécurité routière ; réalisation de matériel destiné à une campagne de prévention des conduites à risque chez les jeunes conducteurs ;

- programme national de « Patrouilles scolaires » (en cours depuis 2008). Mené par le ministère de l'Education et le ministère de l'Intérieur (par le biais du Service de police routière de l'Inspection générale de la police roumaine), ce programme s'adresse aux élèves de l'enseignement secondaire ;

- campagne *Stop aux accidents! Priorité à la vie* (2006-2008). Réalisée par le ministère de l'Intérieur en partenariat avec le ministère de l'Education, cette campagne a modulé ses thèmes mensuels en fonction des spécificités du système éducatif pré-universitaire ;

- campagnes auxiliaires, élaborées par le Comité interministériel de la sécurité routière, dans lequel siège le ministère de l'Education. Elles ont complété les campagnes nationales de prévention des accidents de la route (*Semaine mondiale de la sécurité routière – 2008, Semaine nationale de la sécurité routière – 2009*);

- projets divers émanant des collectivités locales. Ils consistent en des concours propres à différentes tranches d'âge, des débats, des campagnes ;

- campagne de prévention des accidents de la route chez les jeunes conducteurs de véhicules à deux roues – *Ne jouez pas avec votre vie* (2009 – 2010). Organisée par l'Inspection générale de la police roumaine et le Service de la police routière, cette campagne se déroule en partenariat avec le ministère de l'Education et des ONG ;

- matériels éducatifs (DVD) réalisés dans le cadre du projet européen AdRisk sur la prévention des risques d'accidents de la route chez les jeunes (2009-2010). Cette initiative vise à encourager l'enseignement du code de la route auprès des lycéens.

f) S'agissant de la **prévention des catastrophes et de la lutte contre les conséquences néfastes issues de situations d'urgence**, le ministère de l'Education, de la Recherche et de la Jeunesse a élaboré et entériné le *Protocole n°13527/07.09.2007 relatif à la formation à la protection civile des enfants, élèves et étudiants de l'enseignement pré-universitaire et universitaire.*

g) Pour 2010, le ministère de l'Education envisage plusieurs initiatives à caractère éducatif et préventif:

- concours national des « Infirmiers qualifiés » ;
- concours « Education routière – Education pour la vie » ;
- concours national « Les amis des pompiers » ;
- concours national axé sur des projets en matière d'environnement ;
- concours national axé sur l'éducation à la santé - « Découvrir un monde sain » ;
- concours national sur des thèmes liés à la protection des consommateurs « Choisissez! C'est votre droit. » ;
- concours national sur des projets intéressant la lutte contre la drogue - « Ensemble » ;
- concours national « La non-violence à l'école » ;
- concours national sur la formation parasismique ;
- concours national sur l'éducation écologique - « La terre, notre maison » ;
- concours national « Les amis du delta » ;
- concours national de « Bonnes pratiques pour la protection de l'environnement » ;
- concours national « L'école des arbres » ;
- concours national pour la protection de l'environnement - « Mémorial Radu Surdoiu » ;
- concours national sur les questions écologiques « Redécouvrons la nature » ;
- festival national écologique « Ailes » ;
- concours national sur les questions écologiques « Prenons position. » ;
- concours national d'articles et d'essais sur « La gestion des risques naturels et anthropiques » ;
- concours national sur les questions écologiques - « Ovidiu Bujor » ;
- concours national « SOS Nature » ;
- concours national sur les questions écologiques - « Déchets : une menace pour tous » ;
- concours national « Ensemble, nous pouvons changer le monde » ;
- concours national « Les amis de la nature peuvent protéger la terre. » ;
- concours national « Pro Sana » ;
- concours national « Le secret de la vie – une alimentation saine » ;
- concours national « La santé par l'éducation » ;
- concours national « Une jeunesse plus belle et plus saine » ;
- concours national « Bien bouger pour mieux se protéger. » ;
- concours national en matière de lutte contre la drogue « Dites non! » ;
- concours national axé sur les questions d'écologie et l'informatique « Jeunes éco-reporters » ;

- concours national « Eco-patrouille » ;
- concours national « Protéger l'écosystème des montagnes de Banat. » ;
- concours national sur l'écologie, la dendrologie et la protection de l'environnement ;
- concours national sur les questions écologiques - « Edelweiss » ;
- concours national sur les questions écologiques - « Gardons notre planète saine » ;
- concours national sur les questions écologiques - « L'avenir de la terre est aussi le nôtre. » ;
- concours national sur les questions écologiques - « Ton geste compte aussi » ;
- concours national sur les questions écologiques - « EcoKids » ;
- concours national sur l'éducation à l'environnement - « David contre Goliath » ;
- concours national sur les questions écologiques - « L'enfant et la nature » ;
- concours national sur les questions écologiques - « Nous sommes attentifs! Vous aussi, impliquez-vous.» ;
- concours national sur les questions écologiques - « Précieuse planète » ;
- concours national sur les questions écologiques - « Sauvez un arbre! Plantez un arbre ! »
- concours national sur les questions écologiques - « L'olympiade verte » ;
- concours national sur les magazines écologiques ;
- concours national sur les questions écologiques - « Le mois de la forêt » ;
- concours national sur les questions écologiques - « Actions concrètes pour protéger l'environnement » ;
- concours national sur les questions écologiques - « Pas d'avenir sans eau » ;
- concours international « Ecofest Junior » ;
- concours national « L'eau, un ennemi potentiel » ;
- concours national de photos et dessins - « Journée mondiale de l'eau » ;
- concours national sur les questions écologiques - « Enfants, sauvez la planète bleue » ;
- concours international sur les questions écologiques - « Bateaux sur la mer Noire » ;
- concours national sur les questions écologiques - « La nature et ses cadeaux » ;
- concours national sur les questions écologiques - « Nous recyclons, nous ne jetons pas! ».

Mesures visant à protéger la population contre les risques de radiations ionisantes

Le cadre juridique européen relatif à la protection de la santé des populations a été transposé dans le droit roumain. Ce cadre englobe la directive 96/29 Euratom fixant les normes de base relatives à la protection sanitaire de la population et des travailleurs contre les dangers résultant des rayonnements ionisants (article 45 - estimation des doses auxquelles la population est soumise), la recommandation 2004/473/Euratom concernant la surveillance des taux de radioactivité dans l'environnement en vue d'évaluer l'exposition de l'ensemble de la population, ainsi que la directive 97/43 relative à la protection sanitaire des personnes contre les dangers des rayonnements ionisants lors d'expositions à des fins médicales. Sa mise en œuvre est assurée par les textes juridiques ci-après :

- loi n° 95 relative à la réforme de la santé. Les articles 5 et 6 du Titre I - « Santé publique » - font de la protection sanitaire de la population contre les risques environnementaux la fonction essentielle de la santé publique et son domaine d'action prioritaire ;
- ordonnance n° 381/2004 portant approbation des normes sanitaires de base pour la sécurité des activités nucléaires - chapitre III - Contrôle de la radioactivité de l'eau potable, des produits alimentaires et d'autres produits de consommation;
- ordonnance n° 1.539/2006 du Ministre de la Santé portant approbation de la réglementation ad hoc relative à l'exposition médicale aux rayonnements ionisants lors d'expertises médico-légales;
- ordonnance n° 1.540/2006 du Ministre de la Santé portant approbation de la réglementation ad hoc relative à l'exposition médicale aux rayonnements ionisants lors d'examen de radiologie pédiatrique;
- ordonnance n° 1.541/2006 du Ministre de la Santé portant approbation de la réglementation ad hoc relative à l'exposition médicale des femmes enceintes aux rayonnements ionisants;
- ordonnance n° 1542/2006 du Ministre de la Santé relative à l'enregistrement et la déclaration des doses de rayonnements ionisants administrées aux patients;
- ordonnance n° 1003/2008 du Ministre de la Santé relative à l'enregistrement et la déclaration des doses de rayonnements ionisants administrées aux patients.

L'application concrète de ces différents textes repose sur le programme national de santé publique (417/2009), et plus particulièrement le sous-programme n° 4, objectif 2 - « protection de la population contre les rayonnements ionisants ».

Législation et mesures en matière de lutte contre la pollution sonore

- Ordonnance n° 536/1997 du Ministre de la Santé portant approbation des normes d'hygiène et des recommandations relatives au cadre de vie de la population;
- arrêté ministériel n° 321/2005 sur l'évaluation et la gestion du bruit ambiant ;
- arrêté interministériel n° 678/1344/915/1397/2006 du ministère de la Santé, du ministère de l'Environnement et de la gestion de l'eau, du ministère des Transports, de la Construction et du Tourisme et du ministère de l'Intérieur et de la Fonction publique portant approbation des directives relatives aux méthodes de calcul provisoires du bruit généré par les activités industrielles, par le trafic routier, par le trafic ferroviaire et par le trafic aérien à proximité des aéroports;
- ordonnance n° 1.119/9.06.2008 du Ministre de la Santé portant approbation des directives relatives à l'adoption et la mise en œuvre, dans les plans d'action, de valeurs limites pour les indicateurs Lden et Lnight permettant de mesurer le bruit généré par la circulation sur les routes principales et dans les embouteillages, par le trafic ferroviaire sur les principales lignes de chemin de fer, par le trafic aérien des grands aéroports et/ou des aéroports urbains, ainsi que le bruit produit par les activités industrielles réalisées dans des zones à forte densité de population, comme le prévoit l'annexe 1 de l'ordonnance n° 152/2005 sur la prévention intégrée et la lutte contre la pollution, approuvé avec ses modifications et ajouts par la loi n° 84/2006.

Législation et mesures en matière de lutte contre la pollution de l'eau

- Arrêté ministériel n° 974 du 15 juin 2004 portant approbation des normes de surveillance, de l'inspection sanitaire et du contrôle de la qualité de l'eau potable, ainsi que de la procédure d'homologation sanitaire des installations de production et de distribution d'eau potable (Journal officiel n° 669 du 26 juillet 2004);
- arrêté n° 341 du Ministre de la Santé du 20 février 2007 portant approbation des normes d'hygiène et de la procédure de déclaration concernant l'eau potable en bouteille, autre que l'eau minérale naturelle et l'eau de source, commercialisée sous la dénomination d'eau de table (Journal officiel n° 149 du 1er mars 2007);
- arrêté n° 764 du 15 juillet 2005 avec modifications et ajouts ultérieurs du Ministre de la Santé portant approbation de la procédure d'agrément des laboratoires chargés de veiller à la qualité de l'eau potable lors des contrôles officiels dont celle-ci fait l'objet;
- arrêté ministériel n° 11 du 29.01.2010 modifiant et complétant la loi n° 458/2002 relative à l'eau potable, publié au Journal officiel, Partie I, n° 69 du 29 janvier 2010.

Mesures prises en matière de lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie

- La prévention de l'alcoolisme, du tabagisme et de la toxicomanie a toujours été et reste une priorité pour le Gouvernement roumain. En témoigne l'arrêté ministériel n° 1101/2008, qui a entériné le programme d'intérêt national de prévention de l'alcoolisme, du tabagisme et de la toxicomanie pour la période 2009-2012. »

97. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 11§2 TURQUIE

Le Comité conclut que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 11§2 de la Charte révisée pour les motifs suivants :

- il n'a pas été établi que l'information et la sensibilisation du public sur les questions de santé (...) sont suffisantes ;
- il n'a pas été établi que les consultations et le dépistage pour l'ensemble de la population et pour les enfants et les adolescents, au moyen d'examens médicaux dans les écoles, sont satisfaisants.

Premier motif de non-conformité

98. Le Représentant de la Turquie fait la déclaration suivante :

« Selon le dernier rapport du Gouvernement, quelque 3,2 millions de couples bénéficiaient du programme sur la santé sexuelle et génésique mis en œuvre en coopération avec l'Union européenne pour améliorer l'accès aux services de santé pertinents à même de fournir des informations sur la santé sexuelle et le planning

familial s'est adressé à . En 2006, le nombre de couples en bénéficiant est passé à quelque 4, 6 millions.

Dans le même ordre d'idées, le ministère de la Santé et les Forces armées turques ont lancé un projet dont l'objectif est d'éduquer les hommes. Quelque 3 150 militaires en poste dans les services médicaux de l'Armée ont reçu une formation qui leur permet de prodiguer des conseils sur les questions de santé génésique et de planning familial à des officiers et sous-officiers. Depuis 2004, plus d'un million d'appelés ont reçu une formation. Chaque année, 500 000 jeunes gens reçoivent ainsi durant leur service militaire des informations sur la santé génésique.

L'information sur les questions de santé et la sensibilisation du public en la matière se font via la diffusion de programmes de radio et de télévision, réalisés en coopération avec le ministère de la Santé et le ministère de l'Education nationale, sur les modes de vie malsains et les maladies à taux de mortalité élevés comme le cancer, les maladies pulmonaires et cardiaques.

Dans le cadre de la lutte contre le tabagisme, les chaînes de télévision se sont vu imposer l'obligation de diffuser divers messages de mise en garde et programmes éducatifs, à raison d'au moins 90 minutes par mois. S'agissant de la lutte anti-tabac, le ministère de la Santé mène plusieurs activités d'éducation du public par voie d'affichage et diffusion de brochures et prospectus ; il met aussi en place des centres de sevrage et propose un soutien à ceux qui veulent s'arrêter de fumer.

Un groupe de travail réunissant des ONG, des universités et des organismes compétents a élaboré en 2006 un programme national anti-tabac qui entend porter à 90% la proportion de non-fumeurs chez les plus de 15 ans d'ici fin 2010. »

99. Plusieurs délégations demandent s'il s'agit d'informations nouvelles.

100. Le représentant de la Turquie indique que certaines le sont.

101. Le Comité prend note des informations communiquées et invite instamment le gouvernement de la Turquie à fournir toutes informations utiles, ainsi qu' à redoubler d'efforts pour garantir une éducation à la santé d'un niveau suffisant.

Deuxième motif de non-conformité

102. Le représentant de la Turquie a fourni par écrit les informations suivantes :

« Services de consultation et d'éducation

Concernant les programmes d'éducation à la santé dans les écoles, le ministère de l'Education nationale a fourni les informations suivantes au sujet du curriculum des établissements d'enseignement primaire et secondaire :

ENSEIGNEMENT PRIMAIRE (DE LA 4^E À LA 8^E ANNÉE)

La durée de l'enseignement primaire obligatoire est de huit ans en Turquie. L'éducation à la santé est dispensée de la 4^e à la 8^e année d'enseignement primaire.

Les grandes lignes du curriculum sont les suivantes :

4^e année

Unité 1 Notre anatomie

Cette unité présente les relations entre le développement du squelette et des muscles au moyen d'exercices. Elle explique pourquoi la pratique régulière d'un ou plusieurs sports est utile pour la santé.

5^e année Résolvons l'énigme de notre corps

Cette unité présente l'importance d'une bonne alimentation et les différentes fonctions des aliments. Elle établit aussi des relations entre les principaux groupes d'aliments.

L'unité présente aussi un exemple de repas équilibré. L'importance d'une bonne hygiène dentaire est soulignée. Les fonctions du système digestif sont aussi expliquées.

Enfin, l'unité sensibilise les élèves à leur responsabilité individuelle en vue de créer un environnement sain.

6^e année Reproduction, croissance et développement

Cette unité présente ce à quoi une femme enceinte doit faire attention pour le bon développement de l'embryon.

Elle décrit les changements physiques et psychologiques qui surviennent lors du passage de l'enfance à l'âge adulte.

Elle présente aussi les effets des substances nocives sur l'organisme et les dépendances qu'elles entraînent. Le don d'organes est aussi évoqué.

8^e année Division cellulaire et génétique

Cette unité présente les effets néfastes découlant des unions entre parents proches. En 4^e et en 5^e année, les questions générales de santé sont évoquées sous deux chapitres dans le cadre des cours d'anglais [...]

ENSEIGNEMENT SECONDAIRE (DE LA 9^E À LA 12^E ANNÉE)

Les programmes de l'enseignement secondaire contenant des thèmes et des activités sur l'éducation à la santé (l'hygiène) sont les suivants :

1. Connaissance de la santé (hygiène) (une heure obligatoire en 9^e année)
2. Circulation et premiers secours (une heure obligatoire en 12^e année)
3. Biologie (cours obligatoire de deux heures en 9^e année ; proposé parmi les matières communes et optionnelles en 10^e, 11^e et 12^e années)
4. En arts plastiques et dans le domaine des sports dans les filières secondaires d'études sportives, les programmes incluent les cours suivants : anatomie humaine, protection contre les accidents du sport et premiers secours, sports et alimentation, sport et massages.

La connaissance de l'hygiène est enseignée en 9^e année en tant que cours obligatoire d'une heure. Les thèmes couverts par le programme sur l'hygiène et les pourcentages correspondants par type d'activité sont les suivants :

UNITÉS DU PROGRAMME SUR L'HYGIÈNE ET RÉPARTITION (EN POURCENTAGE)

1. Notion de santé (hygiène)
2. Principes de base d'une vie saine
3. Croissance, vieillissement et santé mentale
4. Comportements nuisibles à la santé
5. Vie familiale, planning familial, santé maternelle et infantile
6. Notions fondamentales sur les maladies infectieuses
7. Accidents et premiers secours

Unité	Répartition (en %)	Volume horaire	Objectif spécifique	Comportements (activités)	Notions de base
Notion de santé	5	4	6	31	9
Principes de base d'une vie saine	10	7	13	100	5
Croissance, vieillissement et santé mentale	15	11	11	62	8
Comportements nuisibles à la santé	15	10	5	46	5
Vie familiale, planning familial, santé maternelle et infantile	18	14	13	87	12
Maladies infectieuses	17	12	17	102	14
Accidents et premiers secours	20	14	33	102	16
TOTAL	100	72	98	530	69

Des thèmes et des activités d'éducation à la santé figurent dans le programme de biologie de l'enseignement secondaire, dispensé en complément du cours sur l'hygiène en 9^e année en tant que cours obligatoire de deux heures et en tant que cours commun et optionnel en 10^e, 11^e et 12^e années. Il y a en outre des formations sur l'éducation sportive, proposées dans le cadre des programmes d'arts plastiques et dans le domaine des sports dans les filières secondaires d'études sportives.

Femmes enceintes, enfants et adolescents

Les programmes proposés par la Direction générale de la santé maternelle et infantile et du planning familial (désignée en turc par le sigle AÇSAP) sont les suivants :

• Soins prénatals (SP)

Les études menées par l'Office turc du recensement (TNSA) entre 1993 et 2008 sur les soins prénatals importants pour la santé maternelle et infantile sont indiquées dans le tableau ci-dessous :

TABLEAU I – SOINS PRÉNATALS

	%
TNSA 2008	92
TNSA 2003	80,9
TNSA 1998	67,9
TNSA 1993	62,3

D'après les statistiques de TNSA 2008, 92 % des femmes ont reçu au moins une fois des soins prénatals assurés par des personnels de santé. A cet égard, la demande de services auprès des médecins a augmenté tandis qu'elle a baissé concernant les sages-femmes et les personnels infirmiers. Le fait que la première visite de grossesse intervienne au cours du premier trimestre et que les soins soient dispensés par des personnels de santé a contribué à cette évolution. Le pourcentage des femmes enceintes ayant bénéficié d'une prise en charge adéquate est de 74 %.

Afin que chaque femme enceinte puisse bénéficier de soins de qualité, des protocoles cliniques ont été élaborés d'après les normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et d'autres normes internationales. Ces protocoles définissent un minimum de 4 visites de suivi, fixent le calendrier de ces visites et précisent les actes à accomplir lors de chacune d'elles. Le protocole de soins a été publié dans la circulaire n° 2008/13.

• Apport en fer pour les femmes enceintes

Le programme d'apport en fer a débuté en Turquie le 1^{er} novembre 2005, afin de prévenir les complications qui peuvent découler de l'anémie et constituent une menace grave tant pour la mère que pour l'enfant. Désormais, toute femme enceinte reconnue comme ayant besoin d'un apport en fer bénéficie de cet apport, sans discrimination.

• Programme sur les naissances par césarienne

D'après l'enquête TNSA 2008, 91 % des accouchements sont pratiqués avec l'aide de personnels de santé et 90 % de ceux-ci ont lieu dans des établissements de santé.

D'après les résultats de l'Etude nationale de 2005 sur les décès maternels, le taux de mortalité maternelle était de 28,5 pour 100 000. Deux décès maternels sur trois surviennent pendant ou après l'accouchement. Par ailleurs, 21 % des décès maternels surviennent au domicile.

Compte tenu de ces constatations, les objectifs ont été les suivants :

- détecter les grossesses suffisamment tôt et effectuer toutes les visites nécessaires ;
- permettre à toutes les femmes enceintes d'accoucher à l'hôpital ;
- permettre aux femmes de rester à l'hôpital au moins 24 heures après l'accouchement, en l'absence de risque pour la mère et le nouveau-né.

Les accouchements par césarienne représentent 36,7 des naissances. D'après les recommandations de l'OMS, ce pourcentage devrait être compris entre 5 et 15 %.

Le Guide pour l'administration des naissances a été rédigé en coopération avec les associations d'experts concernées et une circulaire publiée conformément à ce guide indique que les décisions relatives aux naissances doivent être prises en conséquence.

Programme de soins post-natals

En moyenne six semaines sont nécessaires pour que la mère recouvre toutes ses fonctions au niveau d'avant la naissance.

Un séjour de 2 à 4 jours à l'hôpital après la naissance est extrêmement bénéfique pour la santé de la mère et de l'enfant. En général, la durée du séjour à l'hôpital est d'au moins 48 heures après un accouchement par voie basse sans complications.

Cette période est de 96 heures dans le cas d'une césarienne.

En Turquie, un Guide pour l'administration des soins post-natals a été préparé et publié en 2008 en vue d'éviter toute complication chez la mère et le nouveau-né dans les 42 jours qui suivent la naissance. L'objectif est d'améliorer la qualité et l'accessibilité des soins pendant la grossesse, lors de l'accouchement et après la naissance.

VISITES DE SUIVI POST-NATAL DE LA MÈRE EN 2008

LIEU	(%)
URAL	78,8
URBAIN	75,2
OUEST	90,6
SUD	80,1
CENTRAL	92,0
NORD	84,3
EST	67,4
TURQUIE (MOYENNE)	84,5

Source : 2008 TNSA

Garantir la participation des hommes aux services de l'AÇSAP (Programme des Etats-Unis pour les Forces armées turques) :

Le programme, lancé en 2002 en collaboration avec le ministère de la Santé, le Commandement sanitaire des Forces armées turques (TSK) et le FNUAP, se poursuit à l'intention des militaires du rang et des sous-officiers, sous la forme de formations en santé génésique proposées aux personnels militaires de tout le pays. Plus de 2,5 millions de sous-officiers et de militaires du rang ont reçu cette formation.

Services de santé génésique à l'intention de la jeunesse

La santé génésique a pour objectif le bien-être physique des individus ainsi que la sécurité des relations sexuelles et de la procréation et la liberté de s'informer et de prendre facilement des décisions sur cette question. Les individus ont le droit d'opérer librement des choix en matière de procréation.

La santé génésique doit être considérée comme incluant tous les âges de la vie, c'est-à-dire l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte et la vieillesse, et aussi bien les hommes que les femmes, de façon à inclure aussi les questions de sexualité.

Les études sur la santé sexuelle et génésique (SSG) des adolescents et des jeunes tiennent une place importante à l'échelle internationale depuis la Conférence mondiale sur la population et le développement qui s'est tenue au Caire en 1994. Dans le cadre du plan d'action de la conférence, il était indiqué qu'il était « nécessaire de réviser les programmes de santé génésique afin de couvrir les besoins des femmes et des jeunes filles et de veiller à ce que les adolescents et les hommes adultes aient accès à des connaissances, des conseils et des services de santé génésique ».

Lors de la Conférence de 1994 sur la population et le développement et de la Quatrième Conférence mondiale de Beijing de 1995 sur les femmes, une approche globale a été développée concernant la santé sexuelle et la santé génésique, conçues comme faisant partie intégrante des droits de l'homme. Dans ce cadre, les plans d'action des deux conférences ont souligné la nécessité d'inclure les comportements et les exigences des adolescents et des jeunes en matière de SSG dans les programmes visant à améliorer la santé.

L'enquête TNSA 2003 a établi que 15,5 % des 15/19 ans et 60,7 % des 20/24 ans avaient eu des relations sexuelles. Dans l'enquête du FNUAP sur la santé sexuelle et génésique des jeunes de Turquie, le pourcentage des femmes âgées de 15 à 24 ans ayant eu des relations sexuelles était de 34,5 %, tandis qu'il était de 51,1 % pour les hommes et de 42,8 % pour les hommes et les femmes réunis. D'après l'enquête TNSA 2008, 9,6 % des 15/19 ans et 45,5 % des 20/24 ans sont mariés.

D'après l'enquête TNSA 2008, le pourcentage des naissances pour le groupe des 15/19 ans était de 8,6 % dans les zones rurales, de 5 % dans les zones urbaines et de 5,9 % au total.

Par ailleurs, il a été établi que 8 % des grossesses avant l'âge de 20 ans ne font pas l'objet de soins prénatals, que 10,4 % des accouchements ont lieu au domicile, que 9,6 % des accouchements se font sans l'assistance d'un professionnel de santé et que 20 % ne font pas l'objet de soins post-natals. Le nombre de mères parmi les jeunes filles ayant achevé l'enseignement primaire était de 3,4 %, tandis qu'il était de 0,7 % pour celles qui avaient achevé les études secondaires. Comme on le voit, le pourcentage des naissances et des grossesses décroît rapidement avec l'élévation du niveau d'éducation des jeunes filles âgées de 15 à 19 ans.

Pour ce qui concerne le comportement des adolescents en matière de planning familial, 17,6 % des 15/19 ans utilisent les méthodes de planning familial modernes, tandis que ce pourcentage est de 37,4 % pour les 20/24 ans. D'après l'enquête TNSA 2008, le pourcentage des fausses couches est de 2,9 % pour les 15/19 ans et de 3,6 % pour les 20/24 ans. Les études montrent que les médias et les amis sont les sources les plus fréquemment citées par les adolescents concernant les informations sur la sexualité. Les informations fournies par ces sources ne sont pas exactes ni fiables et les adolescents peuvent donc être mal renseignés.

A cet égard, il est à mentionner que les Centres de conseil et de services sanitaires pour la jeunesse (GDSHM) sont des lieux importants pour de nombreux jeunes qui se rendent dans ces centres. Nombre d'entre eux ne savent pas ce qu'ils vont y trouver ni ce qu'ils y feront puisqu'ils ne sollicitent aucun service, et la plupart n'osent pas poser de questions. Il est donc essentiel que ces centres soient adaptés aux jeunes. Les prestataires de services ne peuvent identifier les obstacles que s'ils travaillent avec les jeunes. En définitive, les jeunes sont ceux qui savent le mieux ce dont ils ont besoin. Pour cette raison, le fait pour les centres d'être « adaptés aux jeunes » signifie non seulement qu'ils travaillent pour les jeunes, mais aussi avec eux.

Dans notre pays, les 10/24 ans représentent un quart (1/4) de la population. Les relations sexuelles avant le mariage sont en diminution et il est nécessaire de développer les services adaptés aux jeunes visant à modifier les comportements à risque, à prévenir les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles et à adopter des modes de vie sains. La politique générale de notre ministère va dans ce sens et des programmes spéciaux appuient la prestation des services ordinaires. Il est prévu de concevoir et de mettre en place des services de conseil et de SSG à l'intention de la jeunesse, en commençant par les grandes villes qui connaissent une forte immigration et où les jeunes sont fortement exposés.

PROGRAMME POUR UN HÔPITAL ADAPTÉ AUX MÈRES

Objectif : offrir les conditions pour le bon déroulement de la grossesse, suivre la femme enceinte et réduire la mortalité infantile en veillant à ce que la naissance se passe dans de bonnes conditions dans tous les hôpitaux.

Le programme sera mis en œuvre dans 5 provinces pilotes choisies en 2010 conformément aux « Critères du Programme pour un hôpital adapté aux mères ». Ces critères sont définis avec le comité scientifique du programme en adaptant les normes de l'OMS et d'autres organisations internationales à notre pays.

Mariages consanguins, grossesses à risque, extension des consultations et des tests de dépistage prénuptiaux

La présence largement observée d'une variété Hb en Turquie est le résultat du grand nombre de cultures et de races présentes en Anatolie de longue date et des mariages consanguins. En Turquie, un mariage sur cinq (21,4 %) est un mariage consanguin, le plus souvent entre parents proches. Comme on le sait, les mariages consanguins augmentent la prévalence des troubles autosomiques récessifs ordinairement peu fréquents.

Dans notre pays, la loi n° 3960 sur la lutte contre les maladies du sang héréditaires est entrée en vigueur le 30 décembre 1993.

Dans le cadre de cette lutte, la **réglementation pour le diagnostic et le traitement par un programme de contrôle d'une maladie héréditaire du sang – l'hémoglobinoopathie** – a été élaborée et promulguée afin de réglementer les méthodes et modalités de diagnostic et de traitement de maladies telles que la thalassémie et l'anémie cellulaire, qui sont fréquentes dans notre pays, ainsi que de prévenir et combattre ces maladies dans le cadre des services de médecine préventive.

Cette réglementation porte sur les domaines suivants : (à l'intention des institutions de l'Etat et des organisations, ainsi que des personnes physiques et morales)

- L'éducation
- La surveillance
- Le conseil génétique
- Le diagnostic pré- et post-natal
- Tous types d'activités liées au traitement des patients
- Les structures de diagnostic et de traitement
- Les questions d'enregistrement, de notification, d'incitation et d'autorisation

Programme de suivi pour les nourrissons et les enfants

De nombreuses actions de prévention et d'amélioration de la prise en charge sont menées en faveur des enfants de notre pays. Les activités menées dans le domaine de la santé le sont principalement au sein et sous la coordination du ministère de la Santé. L'objectif commun de nombreux programmes et

projets est d'améliorer la santé des générations futures. La plupart de ces programmes sont mis en œuvre dans les établissements de soins primaires ayant déjà pour priorité les services de santé préventive.

Dans notre pays, 94,4 % des nouveau-nés font l'objet d'un suivi, à raison de 7,4 visites par an en moyenne.

Programme de suivi de la mortalité infantile

La question de la santé infantile est reconnue comme un indicateur essentiel du développement lors des sommets internationaux sur le développement, à la fois en raison de l'importance de cet indicateur du fait de la forte mortalité dans le monde entier et parce que la mortalité néonatale et infantile peut être combattue au moyen de mesures peu coûteuses. La réduction de la mortalité infantile est reconnue comme l'un des thèmes principaux des Objectifs du Millénaire pour le Développement, par l'UNICEF, dans la Convention des droits de l'enfant, par le FNUAP lors de la Conférence sur la population et le développement et par de nombreuses autres organisations internationales, comme l'OMS.

Les études que nous avons menées à ce jour pour réduire la mortalité infantile - et qui ont porté de bons résultats - ne sont pas suffisantes. Nous devons étudier chaque cas de mortalité infantile, établir ses raisons et prévenir les autres cas similaires. Ce progrès ne sera possible qu'au moyen d'un registre et d'un système de notification efficaces. Le système actuel de collecte des données et de recensement des décès présente certains défauts, mais un nouveau système en cours de développement permettra de connaître tous les cas de mortalité au cours des 365 derniers jours et de prendre les mesures nécessaires.

Notre but est d'obtenir des informations concernant les taux de mortalité infantile et prénatale, d'identifier tous les cas de mortalité infantile et leurs raisons et d'éviter que d'autres décès similaires se produisent.

Programme de réanimation des nouveau-nés

Le taux de mortalité infantile, qui est un indicateur de santé important, est de 0,17 % dans notre pays (TNSA 2008). Grâce au développement de l'immunisation, du traitement des fluides buccaux et de l'allaitement, la mortalité post-néonatale a commencé à diminuer et une plus grande attention a été accordée aux décès de nouveau-nés. Deux indicateurs témoignent de l'impact positif de ce programme :

- 1- Le taux de mortalité infantile a été ramené de plus de 200 % en 1963 à 17 % en 2008.
- 2- Le taux de mortalité néonatale est de 13 % et la mortalité post-néonatale est de 4 %.

Objectifs du Programme de réanimation néonatale

- Tous les personnels médicaux participant aux accouchements devraient être formés à la réanimation et actualiser leurs connaissances régulièrement.
- Des équipes de formation devraient être constituées dans les provinces et des cycles incluant les modèles de formation devraient être fournis pour chaque province.
- Les enfants nés dans toutes les parties de la Turquie devraient avoir accès à des services de réanimation d'un même niveau de qualification et de qualité.
- Des matériels d'information/formation/communication destinés au groupe cible et aux prestataires de services devraient être produits, publiés et diffusés (cassettes vidéo, diapositives, brochures, livres).

Programme « La Turquie aime le fer »

Comme on le sait, l'anémie ferriprive, qui est d'une importance vitale pour toutes les tranches d'âge dans notre pays, est présente chez approximativement 50 % des enfants de 0 à 5 ans et chez les femmes enceintes. Afin de résoudre cet important problème de santé publique, le ministère de la Santé a lancé à l'échelle nationale le projet « **La Turquie aime le fer** », qui vise à faire connaître les carences en fer, à encourager les femmes à allaiter pendant les six premiers mois de l'enfant et à continuer jusqu'à ses deux ans avec l'apport de compléments nutritionnels, à fournir des compléments en fer à des fins prophylactiques à chaque enfant âgé de 4 à 12 mois et à préconiser le traitement de la carence en fer pour les enfants anémiques âgés de 13 à 24 mois.

Programme de prévention de la carence en vitamine D et de protection de la santé des os

Il est reconnu que dans notre pays la carence en vitamine D est de longue date un problème important touchant les nourrissons et les enfants et que la fréquence de la maladie varie de 1,67 à 19 %. Malgré les progrès de la santé dans notre société et les efforts des personnels de santé concernant l'apport en vitamine D, il est établi que dans certaines régions le rachitisme touche encore 6 % des enfants âgés de 0 à 3 ans.

Objectifs

L'objectif est de prévenir le rachitisme, qui est l'un des problèmes de santé liés à l'alimentation. A cette fin :

- 1) L'allaitement de tous les nouveau-nés devrait débuter immédiatement après la naissance et se poursuivre pendant les six premiers mois ;
- 2) L'allaitement devrait se poursuivre au-delà des six premiers mois de l'enfant parallèlement à l'apport de compléments nutritionnels suffisants ;
- 3) Les femmes enceintes devraient être informées sur la carence en calcium ;
- 4) Un apport complémentaire en vitamine D devrait être fourni aux nourrissons à des fins prophylactiques ;
- 5) La mère et l'enfant devraient faire l'objet de tests et de visites de suivi.

Programme de prévention de la carence en iode et d'iodation du sel

Les groupes à risque chez lesquels les conséquences les plus graves de la carence en iode sont observées sont les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes, les nourrissons et les enfants. Le retard de la croissance et du développement, un quotient intellectuel inférieur d'au moins 13,5 points à la moyenne de la tranche d'âge, les problèmes d'apprentissage et la baisse des résultats scolaires pour les enfants, l'augmentation des avortements et le risque d'enfants mort-nés pour les femmes enceintes et de goitre pour toutes les tranches d'âge sont plusieurs des problèmes graves dus à la carence en iode.

Afin de prévenir la carence en iode, qui est également un problème de santé publique dans notre pays, notre ministère conduit le programme suivant en coopération avec l'UNICEF :

Le « **Programme de prévention de la carence en iode et d'iodation du sel** » depuis 1994. D'après le TNSA, le taux d'utilisation de sel iodé a été établi à 85,4 % en 2008.

Programme pour la promotion de l'allaitement et des établissements de soins de santé adaptés aux bébés

L'allaitement est une pratique relativement courante en Turquie. D'après l'enquête 2008-TNSA, 97 % des enfants ont été allaités pendant un certain temps. Les informations sur le début de l'allaitement montrent que celui-ci commence relativement tard dans notre pays. Seulement 39 % des femmes qui allaitent commencent l'allaitement dans la première heure après la naissance.

Le programme de l'Organisation mondiale de la santé a pour message clé de « promouvoir l'allaitement de tous les nouveau-nés immédiatement après la naissance et pendant les six premiers mois et la poursuite de l'allaitement entre 6 et 24 mois avec l'apport de compléments nutritionnels appropriés et suffisants ». Le programme a débuté avec le concept des « Hôpitaux adaptés aux bébés », qui s'est étendu aujourd'hui au concept des « Etablissements de santé adaptés aux bébés ». Le terme de « province adaptée aux bébés » a été créé. À ce jour (décembre 2009), 77 de nos provinces se sont vu accorder ce titre.

Programme de soins intensifs néonataux

Si l'on s'intéresse uniquement au taux de mortalité maternelle et infantile, qui est un indicateur fondamental, le taux de mortalité infantile était estimé à plus de 250 pour mille dans les années 1920 et il a été ramené à 17 pour mille en 2008. Les décès néonataux représentent la plupart de ces décès, avec un taux de 13 pour mille, tandis que le taux de mortalité périnatale a été établi à 19 pour mille.

Les études sur la planification et les infrastructures des soins intensifs néonataux sont assurées par la Direction générale des services de traitement, tandis que nous sommes en charge de la formation des personnels des services de direction.

Programme de dépistage néonatal

Approximativement 1 300 000 bébés naissent chaque année dans notre pays et parmi eux 17 pour mille meurent avant l'âge d'un an. Grâce aux études menées dans notre pays dans le cadre de divers programmes, le nombre de ces décès diminue chaque année. Cependant, d'autres problèmes ayant trait à la santé des enfants apparaissent. Le programme de dépistage néonatal est l'un des services de santé préventive mis en œuvre à cet égard. Tandis que le taux de dépistage néonatal de la phénylcétonurie était de 59,2 % en 2002, il a atteint 70,3 %, 81,3 % et 85,6 % respectivement en 2003, 2004 et 2005. Il a encore augmenté en 2006, pour atteindre 86,3 %.

Le 25 décembre 2006, le ministère de la Santé a lancé le Programme de dépistage néonatal, associant l'hypothyroïdie congénitale au dépistage de la phénylcétonurie. Ce programme est mis en œuvre en coopération avec la Direction générale de la santé maternelle et infantile du ministère de la Santé et la Présidence du Centre de santé Refik Saydam. Le déficit en biotinidase a été ajouté au dépistage en

octobre 2009. Le taux de prélèvement sanguin était de 86,3 % en 2006, de 88 % en 2007, de 95,1 % en 2008 et de 95,3 % en 2009.

Programme de dépistage auditif néonatal

Ce programme a été conçu afin de « déterminer la perte d'audition chez les enfants nés avec un déficit auditif ou présentant une perte d'audition post-natale affectant le développement de la parole, et de sensibiliser les personnels de santé et le grand public à l'importance de ce problème ».

Le Dépistage auditif néonatal de premier niveau dans 133 établissements et le Dépistage auditif néonatal de deuxième niveau dans 82 autres établissements affiliés au ministère de la Santé ont été mis en place et le dépistage auditif a été instauré. Il y a 12 centres de formation de troisième niveau (227 centres au total).

La diarrhée, maladie infantile fréquente

Bien que la diarrhée soit une cause de mortalité majeure en Turquie, elle l'est de moins en moins. Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans dépend de la diarrhée.

Des formations sont proposées aux familles concernant la prévention de la diarrhée et les méthodes de traitement qui peuvent être appliquées au domicile.

Des études sur la formation et le soutien logistique sont menées afin d'augmenter le nombre des centres de traitement et de formation sur la diarrhée et d'améliorer leur fonctionnement.

Afin de prévenir la mortalité liée à la diarrhée, qui est l'une des principales causes de mortalité infantile dans notre pays, le « Programme de contrôle de la diarrhée » est mis en œuvre depuis 1986.

Ce programme porte sur la formation des personnels de santé et l'information du grand public sur la prévention et le traitement de la diarrhée, au moyen d'une coopération intersectorielle.

Programme de planning familial

Les préférences des femmes concernant le choix de porter un enfant tiennent une place extrêmement importante dans le changement et le développement des politiques de planning familial en vigueur. Les grossesses non désirées et/ou non planifiées et les fausses couches font peser un risque important sur la santé des mères.

D'après l'enquête TNSA de 2008, 20,5 % des grossesses débouchent sur une fausse couche, dont 10,5 % sont provoquées par la mère et 10,0 % sont déclenchées volontairement.

Le taux de fécondité est en Turquie de 2,17. Le fort taux de fécondité traditionnellement observé en Turquie est en recul.

D'après l'enquête TNSA 2008, le taux d'utilisation des méthodes de planning familial modernes est de 46 %, tandis que la demande de planning familial non satisfaite est de 6 %, l'objectif étant de ramener ce pourcentage à moins de 3 % d'ici à la fin 2013.

Les services de conseil sur le planning familial sont assurés par des personnels qualifiés. La distribution de contraceptifs est assurée dans les centres urbains et les provinces.

Le ministère de la Santé a créé un « Système de données sur la mortalité maternelle », à la suite des enseignements tirés de l'Enquête nationale sur ce sujet. Sa mise en œuvre dans tout le pays à partir de 2007 a été annoncée dans deux circulaires distinctes publiées à l'intention de tous les prestataires. En outre, des stratégies nationales et régionales ont été définies sur la base des études menées. En 2009, le taux national de mortalité maternelle était de 18,4 pour 100 000.

Les tendances de l'OMS figurant dans son rapport 1990 – 2008 sur la mortalité maternelle indiquent un chiffre de 23 pour 100 000 concernant la Turquie.

Le dispositif des médecins de famille en Turquie

Le dispositif pilote des médecins de famille a été introduit en Turquie dans la province de Düzce le 15 septembre 2005. Fin 2009, il devait être étendu à 52 % de la population du pays.

A cette date, 18 533 000 personnes (26,2 % de la population totale du pays) avaient accès au dispositif, par le biais de 5 186 médecins de famille.

En 2008, 28 autres provinces ont été incluses dans le dispositif.

En 2010, 370 centres de santé locaux avaient été créés dans les 31 provinces. Les fonctions de médecin familial sont exercées à 99 % par des médecins sous contrat. 52 postes sont pourvus au moyen de détachements.

D'ici à la fin de 2010, les 81 provinces bénéficieront de ce service, y compris Istanbul.

Actuellement, des études sont menées afin d'évaluer les résultats de l'expérimentation du dispositif, en vue d'élaborer un système de suivi et d'évaluation qui pourra être utilisé pour examiner les changements à court, moyen et long terme.

Étude sur l'efficacité du dispositif des médecins de famille

Cette étude a été menée en coopération avec le *London Imperial College*, les universités de Gazi et Hacettepe et l'Institut des statistiques de Turquie (TUIK). »

103. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

Article 11§3 – Prévention des maladies et accidents

CSR 11§3 AZERBAÏDJAN

Le Comité conclut que la situation de l'Azerbaïdjan n'est pas conforme à l'article 11§3, au motif que la législation n'interdit ni la mise sur le marché ni l'utilisation de l'amiante.

104. La représentante de l'Azerbaïdjan a fourni par écrit les informations suivantes :

« Concernant la conclusion du Comité européen des Droits sociaux selon laquelle la situation en Azerbaïdjan n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte révisée en raison du fait que la législation n'interdit pas la vente et l'utilisation de l'amiante, nous souhaitons souligner que le 16 août 2010 le Cabinet des Ministres de la République d'Azerbaïdjan a chargé les institutions gouvernementales compétentes d'élaborer des propositions en vue de modifier la législation nationale sur l'interdiction de la vente et de l'utilisation de l'amiante. »

105. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 11§3 BELGIQUE

Le Comité conclut que la situation de la Belgique n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte révisée, au motif qu'il n'a pas été établi que le droit à la protection de la santé est effectivement garanti.

106. Le représentant de la Belgique a fourni par écrit les informations suivantes :

« La Belgique a pris note des informations manquantes; elles figureront dans le prochain rapport. »

107. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 11§3 BULGARIE

Le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte révisée au motif qu'il n'a pas été établi que des mesures appropriées ont été prises afin de contrôler l'utilisation de l'amiante et de réduire le nombre d'accidents domestiques.

108. La représentante de la Bulgarie a fourni par écrit les informations suivantes :

« Amiante

En Bulgarie, le risque potentiel de troubles de santé spécifiques liés à l'exposition à des poussières d'amiante dans le cadre du travail représente un problème médical à long terme, qui touche plus de 25 000 personnes ayant travaillé dans le secteur de la fabrication de produits à base d'amiante ou dans des secteurs en utilisant (construction, réparation, démolition) durant la seconde moitié du siècle dernier, de même que les travailleurs chargés aujourd'hui de sécuriser ou de retirer les matériaux à base d'amiante présents dans les immeubles, les infrastructures, les usines, les installations, etc.

Pour prévenir le problème, des mesures systématiques sont prises au niveau national, en matière de législation et de contrôle, afin de limiter la production et l'usage d'amiante, et de réduire l'exploitation professionnelle des fibres d'amiante. En 1993 a été adoptée l'ordonnance n° 12 du ministre de la Santé établissant des mesures d'interdiction et un régime de permis pour l'importation d'amiante et de matériaux contenant de l'amiante sur le territoire de la République bulgare.

Durant la période 1990-2000, l'utilisation de matériaux à base d'amiante a été limitée, passant de 40 000 tonnes à 5 000 tonnes par an, et la vente et l'usage de ces produits ont été interdits à compter du 1^{er} janvier 2005.

Depuis le 1^{er} janvier 2003, la législation nationale relative à la protection contre les risques professionnels pour la santé des travailleurs en contact avec l'amiante a fait l'objet de deux mises à jour (en 2003 et en 2006).

En Bulgarie, la législation et la pratique internes sont aujourd'hui pleinement conformes à celles de l'Union européenne dans le domaine de la protection des travailleurs exposés à l'amiante sur le lieu de travail.

La Directive 91/382/CEE du Conseil du 25 juin 1991 modifiant la Directive 83/477/CEE concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail (deuxième directive particulière au sens de l'article 8 de la Directive 80/1107/CEE) a été transposée dans le droit interne par l'Ordonnance n° 1 du ministre du Travail et de la Politique sociale et du ministre de la Santé concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante pendant le travail.

La Directive 2003/18/CE du Parlement européen et du Conseil du 27 mars 2003 modifiant la Directive 83/477/CEE du Conseil concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante pendant le travail a été transposée dans le droit interne par la loi portant modification et complément de la loi sur la santé (2006) et par l'Ordonnance n° 9 (2006) du ministre du Travail et de la Politique sociale concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante pendant le travail.

La projection d'amiante par flocage ainsi que les activités qui impliquent l'incorporation de matériaux isolants et/ou insonorisants contenant de l'amiante de faible densité sont interdites.

Sans préjudice de l'application d'autres dispositions relatives à la commercialisation et à l'utilisation de l'amiante, les activités qui exposent les travailleurs aux fibres d'amiante lors de l'extraction de l'amiante, de la fabrication et de la transformation de produits d'amiante, ou de la fabrication et de la transformation de produits qui contiennent de l'amiante délibérément ajouté, sont interdites, à l'exception du traitement et de la mise en décharge des produits résultant de la démolition et du désamiantage.

Les activités de démolition et/ou de désamiantage susmentionnées sont assurées par des organismes agréés ou des personnes dûment autorisées aux termes de la loi sur la santé.

Aux termes de l'article 7 de l'Ordonnance n° 9, les employeurs sont tenus, avant le démarrage de travaux de démolition ou de maintenance de bâtiments dans le cadre de l'application de la Loi sur l'organisation du territoire, de prendre toute mesure appropriée pour obtenir des informations sur ces bâtiments auprès de leurs propriétaires, des propriétaires du terrain ou de leurs mandataires, afin d'identifier les matériaux présumés contenir de l'amiante. S'il existe le moindre doute concernant la présence d'amiante dans un matériau ou une construction, les dispositions de ladite ordonnance doivent s'appliquer.

Pour toute activité susceptible de présenter un risque d'exposition à la poussière provenant de l'amiante ou des matériaux contenant de l'amiante, le risque en question doit être évalué de manière à déterminer le type d'amiante et le degré d'exposition des travailleurs à la poussière. L'employeur est tenu d'exploiter toutes les possibilités technologiques et techniques permettant de remplacer l'amiante par des matériaux sûrs et moins dangereux, de manière à garantir une meilleure protection des travailleurs.

Avant le début des travaux, l'employeur a l'obligation d'informer la Direction de l'Inspection municipale du travail (ci-après, la « MLI ») et l'Inspection régionale pour la protection et le contrôle de la santé publique (ci-après, la « RIPCH ») ayant compétence pour le territoire sur lequel est située l'entreprise concernée, sur les activités présentant ou susceptibles de présenter un risque d'exposition des travailleurs à la poussière provenant de l'amiante ou des matériaux contenant de l'amiante.

L'employeur fournit aux deux instances susmentionnées (MLI et RIPCH) les informations suivantes : lieu du chantier, type d'amiante et quantités utilisées ou manipulées, activités et procédés mis en œuvre, nombre de travailleurs impliqués, date de démarrage et durée des travaux, mesures prises pour limiter l'exposition des travailleurs à l'amiante. Toute modification des conditions de travail susceptible d'entraîner pour les travailleurs une augmentation significative de l'exposition à la poussière d'amiante ou de matériaux contenant de l'amiante doit faire l'objet d'une nouvelle notification aux MLI et RIPCH concernées.

L'agence exécutive de l'IGT opère un contrôle annuel de l'utilisation de l'amiante, en effectuant des inspections dans les entreprises ; elle veille, en outre, au respect des dispositions de l'Ordonnance n° 9 de 2006 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante pendant le travail.

Il ressort des inspections que la question de savoir comment garantir la sécurité des travailleurs lors de la démolition de bâtiments et de matériaux d'isolation demeure ouverte. Les travaux de démolition produisent en général des émissions de poussières que les méthodes et techniques usuelles ne permettent pas de contrôler efficacement.

Les inspections ont permis d'établir que les employeurs prennent diverses mesures organisationnelles et techniques pour réduire les accidents du travail liés à l'amiante ou à des produits et matériaux contenant de l'amiante.

Il a notamment été constaté que :

- ces activités sont dirigées par des personnes ayant des qualifications spécifiques et une expérience pratique des méthodes et techniques permettant d'assurer la sécurité des travaux de démolition ; leur exécution est confiée à un personnel dûment formé et invité à appliquer des consignes précises ;
- à la lumière des documents d'exécution et projets de construction actuels, le lieu, le type et le nombre de bâtiments à construire, ainsi que les matériaux contenant de l'amiante à incorporer dans les bâtiments ou installations concernés sont clairement identifiés ;
- le programme de travail établi pour l'organisation et l'exécution des travaux de démolition précise la séquence technologique, la nature des moyens d'exécution (y compris les mesures de protection collective), l'organisation du travail et les mesures spécifiques de sécurité prises sur le chantier concerné pour garantir la sécurité ;
- le lieu où se déroulent les travaux de démolition est clôturé et son accès à toute personne étrangère au chantier est limité. Des cabines de nettoyage sont installées aux points de sortie du chantier et des salles de bains sont aménagées à proximité, de même que des endroits où déposer les vêtements propres ;
- le ciment d'amiante et les produits granulaires sont éliminés en veillant à ne pas les désagréger. Les déchets contenant de la poussière d'amiante sont nettoyés à l'aide d'un aspirateur et placés dans des sacs à base de polymères ;
- les revêtements et les matériaux d'isolation contenant de l'amiante qui doivent être démolis sont arrosés d'eau et nettoyés avec un détergent (par arrosage ou injection selon l'épaisseur de la couche isolante), à moins que les prescriptions relatives à la sécurité électrique du site concerné n'interdisent le recours à ce procédé ;
- lorsque la démolition «sur le terrain» de quantités importantes d'isolants à base d'amiante l'exige, le chantier est isolé du voisinage par l'installation d'une cabine sommaire à parois en matériaux polymères à l'intérieur de laquelle la pression est maintenue au strict minimum requis pour préserver l'espace environnant de toute contamination à l'amiante ;
- des équipements spécifiques sont prévus pour la protection des voies respiratoires et les travailleurs portent des vêtements de protection couvrant la tête et le corps.

Accidents domestiques :

Il n'a pas été reçu de nouveaux éléments d'information. »

109. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 11§3 CHYPRE

Le Comité conclut que la situation à Chypre n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte révisée au motif qu'il n'a pas été établi que les mesures adéquates ont été prises afin de réduire la pollution de l'eau et les nuisances sonores, qu'il existe un contrôle des produits alimentaires, que la vente et la distribution d'alcool sont suffisamment réglementées et que des mesures adéquates ont été prises afin de prévenir les accidents et d'en réduire le nombre.

110. La représentante de Chypre a fourni par écrit les informations suivantes :

« REPONSE DU SERVICE EN CHARGE DE LA MISE EN VALEUR DES RESSOURCES EN EAU (MINISTERE DE L'AGRICULTURE, DES RESSOURCES NATURELLES ET DE L'ENVIRONNEMENT)

Lutte contre la pollution de l'eau à Chypre - Application de la directive-cadre sur l'eau

La directive-cadre sur l'eau (DCE), qui a été adoptée en 2000, a jeté les bases d'une politique européenne moderne, globale et ambitieuse dans le domaine de l'eau et défini un calendrier de mise en œuvre clair pour en réaliser les objectifs, avec des échéances intermédiaires pour l'accomplissement de tâches spécifiques, à savoir notamment :

- décembre 2003 : transposition de la DCE en droit national (article 24), recensement des districts hydrographiques et mise en place de mesures administratives (article 3) ;
- décembre 2004 : analyse des pressions et des incidences des districts hydrographiques et analyse économique de l'utilisation de l'eau (article 5) ;

- décembre 2006 : établissement des programmes de surveillance de l'état des eaux (article 8) ;
- décembre 2008 : publication, à des fins de consultation, des projets de plan de gestion de district hydrographique (article 14) ;
- décembre 2009 : adoption des plans de gestion de district hydrographique et des programmes de mesures (articles 11 et 13) ;
- décembre 2010 : instauration de politiques de tarification (article 9) ;
- décembre 2012 : date limite pour rendre opérationnels les programmes de mesures (article 11) ;
- décembre 2015 : obtention d'un bon état des eaux de surface et des eaux souterraines (article 4) et première mise à jour des plans de gestion de district hydrographique.

Les objectifs environnementaux énoncés à l'article 4 obligent les Etats membres à prévenir la détérioration de l'état de toutes les masses d'eau de surface et souterraines, ainsi qu'à protéger, améliorer et restaurer toutes les masses d'eau, en vue d'obtenir un bon état ou potentiel écologique et un bon état chimique des eaux de surface ainsi qu'un bon état des masses d'eau souterraines d'ici 2015. Les Etats membres sont également tenus de réduire progressivement la pollution due aux substances prioritaires et d'arrêter ou de supprimer progressivement les émissions de substances dangereuses. Ils doivent mettre en œuvre les mesures nécessaires pour inverser toute tendance à la hausse, significative et durable, de la concentration de tout polluant dans les eaux souterraines résultant de l'impact de l'activité humaine.

La République de Chypre progresse dans la mise en œuvre intégrale de la directive-cadre sur l'eau et est pleinement attachée à la bonne application de ses principes et dispositions.

Chypre a rempli toutes ses obligations jusqu'à la fin de 2007 et procède actuellement aux consultations publiques sur le projet de plan de gestion de district hydrographique et le programme de mesures.

Programmes de surveillance

Conformément à l'article 8, par. 1, de la DCE, Chypre s'est doté de programmes de surveillance de l'état des eaux de surface et souterraines afin de dresser un tableau cohérent et complet de l'état des eaux au sein du district hydrographique. Ces programmes prévoient notamment la surveillance des zones protégées en ce qui concerne l'état des eaux de surface ou souterraines.

La surveillance joue un rôle clé dans l'évaluation de l'état des masses d'eau et dans la définition des mesures à inclure dans le plan de gestion de district hydrographique en vue de parvenir à un bon état des eaux d'ici 2015.

Plan de gestion de district hydrographique / programme de mesures

Chypre a recensé toutes les masses d'eau existant sur son territoire et utilisé les résultats de la surveillance pour déterminer celles dont l'état risque de ne pas être bon d'ici 2015. Les autorités ont en particulier procédé à une analyse des pressions et des incidences qui a défini les principaux facteurs, recensé les pressions susceptibles d'avoir une incidence sur les masses d'eau et sur les différents types d'utilisation de l'eau, analysé les incidences des pressions et évalué la probabilité de ne pas réaliser les objectifs de la DCE.

Les interventions et initiatives nécessaires pour renforcer la lutte contre les pressions auxquelles les masses d'eau sont soumises à Chypre et pour préserver ou améliorer la qualité de l'eau sont énoncées dans le projet de plan de gestion de district hydrographique et dans le programme de mesures, documents consultables dans la section consacrée à la DCE sur le site web du service en charge de la mise en valeur des ressources en eau (www.wfd.wdd.moa.gov.cy).

Le programme de mesures chypriote comprend des mesures de base, qui constituent les exigences minimales que chaque Etat membre doit respecter, ainsi que des mesures complémentaires, qui viennent s'ajouter aux mesures de base pour réaliser les objectifs de la DCE.

Par ailleurs, l'un des éléments clés de la DCE a trait au fait qu'elle reprend, en tant que mesures de base minimales, les exigences d'autres directives européennes importantes pour la protection de l'eau.

Chypre a inclus dans les mesures de base les directives suivantes, qui en sont déjà un stade avancé de mise en œuvre :

- la directive 91/676/CEE sur les nitrates ;
- la directive 96/61/CE relative à la prévention et à la réduction intégrées de la pollution ;
- la directive 80/778/CEE sur les eaux destinées à la consommation humaine, telle que modifiée par la directive 98/83/CE ;
- la directive 91/271/CEE relative au traitement des eaux urbaines résiduaires ;
- la directive 76/160/CEE concernant la qualité des eaux de baignade ;
- la directive 79/409/CEE sur les oiseaux sauvages ;

- la directive 96/82/CE sur les risques d'accidents majeurs (« Seveso ») ;
- la directive 85/337/CEE relative à l'évaluation des incidences sur l'environnement ;
- la directive 86/278/CEE sur les boues d'épuration ;
- la directive 91/414/CEE sur les produits phytopharmaceutiques ;
- la directive 92/43/CEE « habitats » ;
- la directive 2006/118/CE sur les eaux souterraines ;
- la directive 2007/60/CE relative à l'évaluation et à la gestion des risques d'inondation.

En conclusion, la DCE offre tous les outils nécessaires pour parvenir à une gestion réellement durable de l'eau dans l'Union européenne, et Chypre fait tout pour les mettre en œuvre de la meilleure façon qui soit, dans le respect des délais ces outils le mieux possible et en respectant les délais rigoureux qui lui sont impartis.

REPONSE DU SERVICE DE L'ENVIRONNEMENT (MINISTERE DE L'AGRICULTURE, DES RESSOURCES NATURELLES ET DE L'ENVIRONNEMENT)

Lutte contre la pollution des eaux

Chypre s'est pleinement aligné sur les directives relatives à la protection des eaux (directive sur les eaux destinées à la consommation humaine, directive-cadre sur l'eau, directive sur les eaux souterraines, directive concernant la qualité des eaux de baignade, directive sur les substances prioritaires, directive relative au traitement des eaux urbaines résiduaires, directive « nitrates », directive relative à la prévention et à la réduction intégrées de la pollution, etc.), dont la mise en œuvre est bien avancée.

Pour ce qui est de la directive-cadre sur l'eau (2000/60/CE), Chypre en est au stade final de la mise en œuvre de l'article 11, et des mesures complémentaires sont proposées en vue de parvenir à un bon état chimique et écologique des masses d'eau de surface et souterraines. Ces mesures devraient entrer en vigueur en 2012.

S'agissant de la protection des eaux destinées à la consommation humaine, les mesures précitées envisagent notamment de créer des zones de protection des sources d'eau de surface et de mener à bien la tâche relative à l'aménagement de zones de protection des forages d'alimentation en eau potable, conformément à la loi n° 45/1996.

En ce qui concerne la protection de la santé des baigneurs, les dispositions de la directive 2006/7/CE relatives à la surveillance des eaux de baignade ont été mises en œuvre. La surveillance de la qualité de ces eaux se poursuit, l'objectif étant de protéger la santé publique et l'environnement. Pour la saison balnéaire 2009, les résultats de la surveillance de la qualité de l'eau dans les zones de baignade indiquaient que la qualité de ces eaux était excellente à Chypre.

En outre, les questions liées à la surveillance et à lutte contre la pollution des eaux sont régies par les lois de 2002 à 2009 relatives à la lutte contre la pollution des eaux et par les lois de 2003 à 2008 sur la prévention et la réduction intégrées de la pollution. L'autorité compétente pour l'application de ces lois est le Département de l'environnement du Ministère de l'Agriculture, des Ressources naturelles et de l'Environnement.

Le Département de l'environnement est responsable de la maîtrise, de la réduction et de la prévention de la pollution des eaux et des sols causée par les activités industrielles, les activités d'élevage, les usines de traitement des déchets et, d'une manière générale, par toute activité susceptible de polluer les eaux et les sols.

Dans ce cadre, les installations concernées sont tenues de respecter les conditions énoncées dans les autorisations de rejet de déchets délivrées par le Ministre de l'Agriculture, des Ressources naturelles et de l'Environnement. Ces conditions portent notamment sur la quantité de déchets et leurs caractéristiques, ainsi que sur leur mode d'élimination, qui varie selon le type d'activité.

Par ailleurs, le Département de l'environnement procède à des visites d'inspection dans ces installations ; en cas de non-conformité, l'exploitant de l'installation se voit infliger les sanctions prévues par les lois relatives à la lutte contre la pollution des eaux. Concrètement, tout exploitant qui ne respecte pas l'une ou l'autre des conditions fixées dans les autorisations de rejet de déchets encourt une peine d'emprisonnement de trois ans ou une amende de 34 172 euros, voire les deux.

Bruit ambiant

La loi n° 224(I)/2004 relative à l'évaluation et la gestion du bruit ambiant est en vigueur depuis 2004. Elle s'applique au bruit ambiant auquel sont exposés les êtres humains, en particulier dans les espaces bâtis, les parcs publics ou d'autres lieux calmes d'une agglomération, les zones calmes en rase campagne, à proximité des écoles, aux abords des hôpitaux ainsi que d'autres bâtiments et zones sensibles au bruit.

Le Département de l'environnement a réalisé des cartes de bruit stratégiques pour les grands axes routiers des centres urbains dont le trafic dépasse six millions de passages de véhicules par an. Ces

cartes couvrent une grande partie des villes de Nicosie, Limassol, Larnaka et Paphos. Elles donnent un aperçu complet des niveaux de bruit dans les zones situées à proximité des grands axes routiers des villes, en s'intéressant plus particulièrement aux zones sensibles, telles que les écoles, les hôpitaux et les églises. La proportion de la population exposée au bruit de la circulation routière est exprimée en nombre réel par période de 24 heures.

A l'aide de ces cartes, le Département de l'environnement a élaboré, en coopération avec le service des travaux publics et d'autres services et organismes compétents, des mesures de réduction du bruit des transports dans les zones cartographiées, renforçant ainsi la gestion du bruit dû aux transports autour des grands axes routiers dont le trafic dépasse six millions de passages de véhicules par an.

Afin de lutter contre le bruit des transports en gérant les passages de véhicules, le Département de l'environnement a proposé des mesures de gestion du trafic, dont l'interdiction de circulation des véhicules lourds la nuit et une réduction expérimentale des limitations de vitesse sur deux grands axes routiers. De plus, des barrières anti-bruit ont été placées sur plusieurs grands axes routiers courant 2009, afin de réduire au minimum les niveaux de bruit perçus dans les zones résidentielles limitrophes.

La deuxième phase de la cartographie devrait être réalisée conformément aux exigences de la directive ; seront alors couverts les zones résidentielles de plus de 100 000 habitants et les axes routiers dont le trafic dépasse trois millions de passages de véhicules par an.

Emissions sonores des équipements de plein air

Le règlement n° 535/2003 relatif aux émissions sonores dans l'environnement des équipements de plein air est en vigueur depuis 2004. Il fait essentiellement obligation de mesurer le niveau de bruit émis par ces équipements et d'y apposer un marquage indiquant le « niveau de puissance acoustique garanti ». C'est le fabricant ou son mandataire qui est responsable de la conformité des équipements. Des visites d'inspection sont effectuées dans les installations qui manipulent des équipements visés par le règlement. Par ailleurs, les données sont constamment tenues à jour dans le registre créé récemment afin de servir de base de données aux exportateurs de tels équipements.

REPONSE DES SERVICES SANITAIRES (MINISTERE DE LA SANTE)

C'est principalement aux services sanitaires du Ministère de la Santé qu'incombent les contrôles officiels relatifs à l'hygiène générale des denrées alimentaires, aux OGM et aux résidus de pesticides dans les denrées alimentaires, ainsi que les contrôles à l'importation de denrées alimentaires d'origine végétale et non animale. Les services sanitaires supervisent les activités des cinq districts et, pour ce qui est de l'hygiène générale des denrées alimentaires, des huit municipalités autonomes. Ils sont également responsables des contrôles des denrées alimentaires d'origine animale en ce qui concerne le miel et les glaces alimentaires.

Le budget prévoit 91 postes permanents d'inspecteurs sanitaires.

Au niveau central, les services sanitaires comportent trois divisions : la Division « Sécurité alimentaire » (responsable de l'enregistrement et du contrôle des locaux à usage alimentaire), la Division « Sécurité alimentaire et législation européenne » (responsable de la transposition de la législation européenne, des contrôles des denrées alimentaires et de la mise en œuvre de la législation) et la Division « Santé environnementale ».

Les contrôles officiels sont organisés à l'échelon central par les services sanitaires et exécutés aux niveaux régional et local. Les services sanitaires publient également des instructions concernant la mise en œuvre de la législation européenne et des textes de loi chypriotes, dont les règlements nationaux harmonisés. De plus, des séminaires et ateliers ont été organisés pour les inspecteurs sanitaires du Ministère de la Santé et pour les municipalités.

Les plans d'échantillonnage sont élaborés par les services sanitaires et le Laboratoire central chypriote, sur la base des risques liés à des aliments particuliers, de la fréquence de consommation et des résultats des années antérieures, ainsi que des notifications du système d'alerte rapide pour les denrées alimentaires et les aliments pour animaux (RASFF), de la législation applicable et, le cas échéant, des recommandations de la Commission. Ces plans sont déployés sur une base annuelle par les districts et les municipalités.

Pour les contrôles officiels des denrées alimentaires, les services sanitaires ont élaboré un manuel qui classe les entreprises du secteur alimentaire en fonction des risques qu'ils présentent et définit la fréquence des contrôles officiels à effectuer pour chacune d'elles.

Plusieurs guides de bonnes pratiques d'hygiène ont été élaborés, approuvés par le Ministre de la Santé et distribués aux entreprises du secteur alimentaire concernées.

Le directeur des services sanitaires est le point de contact national (PCN) pour le RASFF. Depuis mai 2004, toutes les informations proviennent de la Commission et traitées en conséquence. Le PCN

se charge de l'évaluation préliminaire et transmet ensuite les notifications aux districts et municipalités, aux services vétérinaires et, pour ce qui concerne les aliments pour animaux, au Département de l'agriculture du Ministère de l'Agriculture, des Ressources naturelles et de l'Environnement.

Lorsque des denrées alimentaires dangereuses sont décelées au niveau régional ou local, l'information est communiquée à l'inspecteur sanitaire responsable du district concerné, qui en avise ensuite le PCN. Ce dernier en informe toutes les autres autorités concernées et procède à une évaluation des risques afin d'établir si l'information constitue une notification d'alerte à envoyer à la Commission européenne. Ces informations sont principalement transmises par courrier électronique, par télécopie ou par téléphone.

Les services sanitaires représentent l'autorité centrale compétente pour les contrôles à l'importation de denrées alimentaires d'origine végétale. Tous les agents des services sanitaires participent à l'exécution de ces contrôles.

La planification et l'organisation des contrôles à l'importation de denrées alimentaires d'origine végétale sont du ressort des services sanitaires centraux, qui transmettent donc à ce sujet des instructions, des directives et d'autres informations aux districts et aux municipalités. Toutes les activités réalisées par les inspecteurs sanitaires font également l'objet de rapports mensuels et annuels, que les districts font parvenir au siège.

Les services sanitaires et les services douaniers coopèrent étroitement aussi bien aux points d'entrée désignés (aéroport de Larnaka et port de Limassol) qu'aux entrepôts des importateurs.

La transposition de la législation européenne applicable aux denrées alimentaires d'origine non animale et végétale incombe aux services sanitaires.

Ces mêmes services s'occupent de plusieurs programmes qui touchent à l'hygiène environnementale, au contrôle des maladies transmissibles, à la maîtrise de vecteurs importants sur le plan médical, à l'éducation sanitaire, etc.

Les principales responsabilités des services sanitaires en matière de santé environnementale sont les suivantes :

- a. surveillance de l'eau potable aux fins du contrôle du respect des dispositions des règlements alignés sur les directives de l'Union européenne ;
- b. surveillance de l'eau de mer, en particulier dans les zones de baignade, conformément aux directives de l'Union européenne en la matière ;
- c. contrôle des piscines, en particulier pour ce qui concerne la qualité de l'eau ;
- d. surveillance des maladies transmissibles ;
- e. contrôle des détergents ;
- f. application de la législation relative à la lutte contre le tabagisme [dispositions législatives et réglementaires relatives à la protection de la santé (lutte antitabac)].

Le travail des agents des services sanitaires est organisé sur la base du droit communautaire et de la législation nationale applicables. Plusieurs directives et documents d'orientation ont donc été élaborés concernant les modalités d'exécution des contrôles officiels.

Par ailleurs, conformément au règlement (CE) n° 882/2004, des plans de contrôle nationaux pluriannuels ont été arrêtés pour la période 2007-2010. Ces plans, qui ont déjà été envoyés à la Commission européenne, sont mis en œuvre par les services sanitaires.

REPONSE DES SERVICES VETERINAIRES (MINISTERE DE L'AGRICULTURE, DES RESSOURCES NATURELLES ET DE L'ENVIRONNEMENT)

Contrôle des produits alimentaires

Les services vétérinaires sont globalement chargés de l'organisation et de la coordination des contrôles de la production, de la manipulation, du transport, de l'entreposage et de la distribution des denrées alimentaires d'origine animale jusqu'au commerce de gros. Pour la viande, les contrôles s'étendent jusqu'au stade de la vente au détail.

Les services vétérinaires représentent l'autorité responsable des contrôles, inspections et agréments des établissements qui produisent des denrées alimentaires d'origine animale (y compris les boucheries), à l'exception des glaces alimentaires et du miel, qui relèvent du ministère de la Santé. Ils ont également pour mission importante de garantir la protection de la santé publique en veillant à la production d'aliments sains.

Leur autre rôle, qui consiste à coordonner les échanges entre les Etats membres (échanges intracommunautaires), d'une part, et entre les Etats membres et les pays tiers, d'autre part, est tout aussi crucial.

Schématiquement, les services vétérinaires ont en charge :

✓ l'organisation et la coordination de la production, de la manipulation, du transport, de l'entreposage et de la distribution sur le marché jusqu'au consommateur final des viandes rouges et blanches, des hachis de viande, des viandes de gibier d'élevage et de gibier sauvage, des escargots, des cuisses de

grenouilles, des produits de la pêche, des produits laitiers, des produits à base de viande, des préparations de viandes, des sous-produits comestibles et des ovoproduits ;

✓ l'élaboration et la mise à jour des programmes annuels d'inspections et de prélèvements d'échantillons dans les établissements où circulent des denrées alimentaires d'origine animale, afin de s'assurer du respect des critères applicables en matière de sécurité des denrées alimentaires ;

✓ l'élaboration et l'exécution du plan national de contrôle des substances pharmaceutiques et de leurs résidus dans les animaux vivants et leurs produits (métaux lourds, PCB, antibiotiques) ;

✓ l'octroi des agréments conditionnels et définitifs aux établissements, conformément au règlement (CE) n° 853/2004. Les établissements de production de denrées alimentaires d'origine animale sont agréés après évaluation et approbation de leurs manuels HACCP, vérification de l'application de ceux-ci, et contrôles réalisés sur place pour établir l'innocuité des aliments produits ;

✓ l'élaboration et la diffusion sur leur site web de la liste des établissements de production de denrées alimentaires d'origine animale agréés ;

✓ la tenue de séminaires d'information sur les denrées alimentaires d'origine animale. Les services vétérinaires organisent des séminaires et réunions d'information sur la sécurité alimentaire à l'intention de leurs propres agents et des exploitants du secteur alimentaire ;

✓ l'information du public – ils accordent ainsi des entretiens aux médias pour informer aussi bien les consommateurs que les exploitants du secteur alimentaire des problèmes de sécurité alimentaire ;

✓ la gestion quotidienne de toutes les notifications du RASFF concernant des denrées alimentaires dangereuses ;

✓ l'élaboration de tous les avant-projets de lois et règlements portant sur l'agrément et le contrôle des établissements où circulent des denrées alimentaires d'origine animale, ainsi que sur les contrôles des établissements qui produisent, transforment, stockent et distribuent des denrées alimentaires d'origine animale jusqu'à la vente au détail.

En outre, lorsqu'un incident alimentaire se produit, les services vétérinaires prennent toutes les mesures nécessaires pour assurer la protection de la santé publique (rappel des produits, annonce dans les médias).

REPONSE DU SERVICE DES DOUANES ET ACCISES (MINISTERE DES FINANCES)

Alcool

Sur le territoire de l'Union européenne, les produits soumis à accise circulent en régime suspensif (sans paiement de droits d'accises) entre opérateurs économiques agréés.

Ces mouvements se font toujours entre un expéditeur agréé et un destinataire agréé.

Un entrepositaire agréé peut donc envoyer des produits soumis à accise en régime suspensif depuis son entrepôt fiscal sous le couvert du document administratif d'accompagnement (DAA) ou du document administratif électronique :

- vers un autre entrepôt fiscal situé dans un autre Etat membre ;
- vers un destinataire enregistré ;
- vers un destinataire enregistré à titre temporaire ;
- vers des organisations exonérées ;
- vers un lieu désigné et agréé de livraison directe situé sur le territoire de l'Etat membre de destination ;
- à des fins d'exportation.

Toutes les parties énumérées ci-dessus (entrepôt fiscal, entrepositaire, expéditeur enregistré, destinataire enregistré et destinataire enregistré à titre temporaire) doivent être enregistrées dans le système d'échange des données relatives aux accises (base de données SEED) par l'Administration de leur Etat membre afin de pouvoir participer à ce type d'opérations dans les Etats membres. Le Service des douanes et accises tient un tel registre.

La loi relative à la vente de boissons alcoolisées (Cap 144) régit la vente de boissons alcoolisées soumises à accises. La vente de ces produits est interdite, sauf si le vendeur détient une licence à cet effet et pour les locaux correspondants. Ces autorisations sont délivrées par les municipalités ou les administrations des districts, selon le lieu où se trouvent les locaux consacrés à la vente desdits produits. Elles sont validées chaque année.

Les diverses autorités compétentes aident le Service des douanes et accises ainsi que la police à faire appliquer et respecter la loi, en les informant régulièrement des autorisations accordées et en leur communiquant toutes les informations dont ils peuvent avoir besoin dans le cadre de leurs enquêtes ou campagnes.

REPONSE DE L'UNITE EN CHARGE DE LA SECURITE ROUTIERE (MINISTERE DES COMMUNICATIONS ET DES TRAVAUX PUBLICS)

Accidents de la route

Le nombre de morts et de blessés sur les routes chypriotes a sensiblement diminué depuis 2005 (voir le Tableau 1).

Tableau 1

Nombre de victimes				
Année	Tués	Blessés graves	Blessés légers	Total
2004	117	960	2 216	3 293
2005	102	741	1 555	2 398
2006	86	730	1 859	2 675
2007	89	717	1 438	2 244
2008	82	661	1 292	2 024
2009	71	647	1 076	1 794

Un plan stratégique de sécurité routière pour la période 2005-2010 est actuellement déployé. L'objectif est de réduire de moitié le nombre de victimes d'accidents de la route d'ici la fin de 2010. La comparaison se fait sur la base de la moyenne de la période quinquennale antérieure à la mise en œuvre dudit plan, soit la période 1999-2003.

Fin 2009, le nombre de tués avait baissé de 31,1 %, alors que l'objectif visé cette année-là était de 41,7 %. En revanche, l'objectif concernant la réduction du nombre de blessés a été atteint, puisque celui-ci a reculé de 51,5 %.

Un nouveau plan stratégique de sécurité routière sera élaboré dans les mois qui viennent pour la période 2011-2015, et un nouvel objectif sera fixé pour l'année 2015.

Plusieurs campagnes de sensibilisation du public sont organisées chaque année sur les grands problèmes de sécurité routière, à savoir la vitesse, l'alcool au volant, le port de la ceinture de sécurité et du casque, mais aussi sur d'autres sujets particuliers, comme l'usage du téléphone portable, la sécurité des piétons et la sécurité des motocyclistes. Au total, huit à neuf campagnes de sensibilisation sont organisées chaque année, dont trois en coopération avec des sociétés privées. Elles s'accompagnent de campagnes de répression organisées en parallèle.

Les messages sont principalement adressés au public via par le biais de spots diffusés à la télévision et à la radio, par internet, via des brochures et affiches, lors de débats dans les médias, ainsi qu'à l'occasion de des conférences à l'intention de groupes structurés. Le Président de la République de Chypre a déclaré 2010 Année de la Sécurité Routière pour les jeunes usagers de la route, et les actions de sensibilisation à la sécurité routière se sont multipliées.

REPONSE DU MINISTERE DE LA SANTE

Accidents corporels touchant des enfants

La santé et la sécurité des enfants sont une priorité du Gouvernement et du Ministère de la Santé de la République de Chypre depuis 2002. Cet engagement s'est traduit par:

- o la création, en 2002, d'un Comité consultatif auprès du Ministre de la Santé pour la prévention des accidents corporels touchant des enfants ;
- o l'adoption, en septembre 2005 par le Conseil des Ministres, d'un plan stratégique quinquennal (2006-2010) pour la prévention des accidents corporels non intentionnels touchant des enfants, plan élaboré par le Comité consultatif ;
- o l'attribution au Ministère de la Santé de ressources humaines et financières spécialement consacrées à la prévention des accidents corporels non intentionnels touchant des enfants. »

111. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 11§3 GEORGIE

Le Comité conclut que la situation en Géorgie n'est pas conforme à l'article 11§ 3 de la Charte révisée aux motifs qu'il n'a été pas établi que des mesures satisfaisantes ont été prises pour garantir un environnement sain, pour lutter contre la tabagie, l'alcoolisme et la toxicomanie, et pour prévenir les accidents.

112. Le représentant de Géorgie a fourni par écrit les informations suivantes :

« Politiques de prévention des risques évitables

Lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie

Début 2009, le parlement géorgien a apporté des modifications à la loi relative à la lutte anti-tabac. En vertu de la nouvelle loi, fumer est totalement interdit dans les établissements médicaux, éducatifs et sportifs et les transports publics, et partiellement, dans d'autres lieux publics et de travail ; la taille des mises en garde contre les méfaits et dangers du tabac figurant sur les produits du tabac est augmentée de 30% . La nouvelle loi interdit les « light », abaisse les seuils maximums pour la nicotine, le goudron et le monoxyde de carbone, améliore les méthodes de test, restreint les ventes et fixe des principes de lutte anti-tabac conformes à la FCTC. Elle met en place pour les fumeurs une consultation téléphonique gratuite pour les aider à s'arrêter de fumer (« Quitline »). A noter aussi, le lancement d'un projet destiné à améliorer la situation dans les structures médicales et les établissements d'enseignement secondaire s'agissant de l'interdiction de fumer et du respect des dispositions législatives pertinentes. En 2010 le ministère de la Santé a élaboré un amendement au code administratif qu'il présentera d'ici peu. Ces changements revêtent une importance décisive pour améliorer la mise en œuvre des dispositions législatives susmentionnées concernant la lutte anti-tabac et la FCTC.

Mesures prophylactiques

Maladies infectieuses et parasitaires, taux d'incidence pour 100 000 habitants, Géorgie, 2007-2008

	2007				2008			
	Tous âges confondus		Enfants		Tous âges confondus		Enfants	
	Nombre de cas	Taux d'incidence	Nombre de cas	Taux d'incidence	Nombre de cas	Taux d'incidence	Nombre de cas	Taux d'incidence
Géorgie	50829	1158,3	25121	3274,4	47124	1075,0	25120	3339,5

Source : Annuaire statistique Géorgie, 2008 /www.ncdc.ge/

Taux de morbidité VIH/SIDA, Géorgie, 2000-2008

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre total de cas enregistrés À la fin de l'année	153	232	314	387	508	671	912	1179	1851
<i>Taux de prévalence</i>	3.4	5.3	7.2	8.9	11.6	15.3	20.7	26.9	42.2
Dont nouveaux cas	79	93	93	94	163	242	276	344	351
<i>Taux d'incidence</i>	1.8	2.1	2.1	2.2	3.7	5.5	6.3	7.8	8.0

Source : Annuaire statistique Géorgie, 2008 /www.ncdc.ge/

Vaccinations dans les délais requis et immunisation, Géorgie ,2008

Vaccin	Age de vaccination selon le calendrier national de vaccination	Nombre total de vaccinations	Couverture vaccinale(%)
BCG -1(dans les délais requis)	0-5 jours	50199	89,6
BCG 1	Moins d'un an	53195	95,4
DPT-1	2 mois-11 mois 29 jours	46648	--
DPT-2	3 mois-11 mois 29 jours	44681	--
DPT-3	4 mois-11 mois 29 jours	42881	92,1
DPT-4	18-24 mois	38199	84,0
Polio-1	2 mois-11 mois 29 jours	42399	--
Polio-2	3 mois-11 mois 29 jours	41468	--
Polio-3	4 mois-11 mois 29 jours	41840	89,9
Polio-4	18-24 mois	35289	77,6
Polio-5	5 ans -5ans-11 mois 29 jours	32760	75,0
HpB -1(dans les délais requis)	0-24 heures	52658	94,0
hpB-1 (total)	0-24 heures + 25 heures-11 mois 29 jours	54909	98,5
HpB-2	2 mois-11 mois 29 jours	44763	--

HpB-3	3 mois-11 mois 29 jours	41619	89,4
MMR-1	12-24 mois	44133	96,5
MMR-2	5 ans -5ans-11 mois 29 jours	38006	87,0
MMR	13 ans	1531	15,4
DT	5 ans -5ans-11 mois 29 jours	36931	84,5
TD	14 ans	37792	66,5

Source : *Annuaire statistique Géorgie, 2008 /www.ncdc.ge/* »

113. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 11§3 IRLANDE

Le Comité conclut que la situation en Irlande n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte révisée aux motifs que :

- il n'a pas été démontré que des mesures appropriées aient été prises pour prévenir les risques liés à l'amiante ;
- il n'a pas été démontré que des mesures appropriées aient été prises pour prévenir les accidents et en réduire le nombre.

Premier motif de non-conformité

114. Le représentant de l'Irlande présente un exposé détaillé de la réglementation irlandaise relative à l'amiante. L'Irlande interdit l'achat, l'utilisation ou le recyclage de produits amiantés. Tout propriétaire d'un bâtiment qui envisage de le rénover ou de le détruire est tenu par la loi d'identifier, au stade de l'étude du projet, les risques particuliers que ces opérations pourraient entraîner – notamment la présence d'amiante ou de matériaux contenant de l'amiante. S'il s'avère que le bâtiment renferme des matériaux contenant de l'amiante, une évaluation des risques doit être réalisée; cette tâche ne pourra être confiée qu'à une personne compétente et habilitée à formuler des recommandations.

115. Le propriétaire devra, sur la base de l'évaluation des risques, tout faire pour éliminer ces matériaux ou pour s'assurer qu'ils ne constituent pas un danger pour la santé des travailleurs chargés de ces opérations ou d'autres personnes qui pourraient être affectées par celles-ci. La démolition du bâtiment ne pourra intervenir qu'après déflocage afin d'éviter que les fibres d'amiante ne se dispersent et ne contaminent les zones environnantes et les personnes qui se trouveraient à proximité.

116. S'il est décidé de procéder à des travaux de réparation et de maintenance de matériaux contenant de l'amiante plutôt qu'à un déflocage, ces travaux doivent être effectués en toute sécurité. Un marquage clair de l'amiante encore présente est exigé et elle doit être clairement localisée sur les plans du bâtiment, de façon qu'en cas de travaux futurs de maintenance ou de remise en état, ou en cas de revente ou de démolition, les personnes concernées sachent qu'il subsiste des matériaux contenant de l'amiante et puissent programmer leurs interventions en conséquence, en éviter tout risque d'exposition aux fibres.

117. Le Service de santé et de sécurité (*Health and Safety Authority - HSA*) est juridiquement habilité, en vertu du Règlement (modifié) de 1989 portant sur la protection des travailleurs exposés à l'amiante (*European Communities (Protection of Workers) (Exposure to Asbestos) Regulations, 1989*), à garantir la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante pendant le travail. Il est chargé de s'assurer du respect de la réglementation pour tous les travailleurs opérant en présence d'amiante,

notamment lors de travaux de déflocage, et de vérifier que les entreprises respectent la législation relative à la protection des travailleurs.

118. Le Service des travaux publics (*Office of Public Works*) est chargé du contrôle de l'amiante dans tous les édifices publics, y compris les établissements scolaires. Il s'emploie actuellement à identifier toute présence d'amiante dans les écoles du pays. Au vue de l'évaluation des risques et des résultats des expertises, il détermine la date et les modalités des opérations de déflocage.

119. Le Comité prend note de ces explications et invite le gouvernement de l'Irlande à fournir toutes informations utiles dans le prochain rapport. Entre-temps, il décide d'attendre la prochaine appréciation du Comité européen des Droits sociaux concernant l'article 11§3 de la Charte révisée.

Deuxième motif de non-conformité

120. Le représentant de l'Irlande a fourni par écrit les informations suivantes :

« 1. Informations en provenance du ministère de la Santé, de la Protection de l'enfance et des Personnes âgées

Pour la prévention des accidents au domicile, le Service national de santé (HSE) propose, dans le cadre de ses programmes de soins à domicile et services infirmiers, une aide et des conseils aux personnes âgées pour leur garantir une vie autonome dans un cadre de vie sûr. Cette aide peut revêtir des formes diverses : améliorations concrètes de la sécurité au domicile, (par ex., installation d'une rampe dans la douche), recensement et règlement des problèmes de sécurité, (par ex., prises électriques surchargées), conseils. Le secteur non encadré par la loi offre également son soutien aux personnes âgées dans le cadre de programmes d'aide locaux, de visites à domicile, des services de portage de repas, etc.

Le rapport sur la Conférence de 2004 « Vieillir en bonne santé – Sécurité des personnes âgées » est joint en annexe.

Le Service national de la Santé, le Ministère de la Santé et de l'Enfance et le Conseil national chargé des questions concernant le vieillissement et les personnes âgées ont élaboré conjointement une stratégie à l'intention de la population vieillissante du pays pour « Prévenir chutes et fractures ».

Pour les personnes âgées, les chutes peuvent entraîner un changement de mode de vie ; les risques de blessures graves, handicap, séquelles psychologiques et décès suite à une chute sont très importants dans ce groupe de population. Le risque de chute augmente avec l'âge – une personne âgée sur trois fait une chute par an et les deux-tiers de celles qui en ont fait une, en refont une dans les six mois qui suivent. Le vieillissement de la population se traduira forcément par une augmentation du nombre de chutes et de blessures dans ce groupe d'âge.

L'Irlande compte aujourd'hui 480 000 personnes de plus de 65 ans ; elles seront un million dans 25 ans. Le nombre de chutes et fractures pourrait alors doubler, si les pourcentages d'aujourd'hui ne s'améliorent pas.

La stratégie susmentionnée expose une série de mesures qui devraient aider les personnes âgées à éviter les chutes et à les protéger contre les conséquences graves d'une chute ou d'une fracture.

Depuis 2008 la « Stratégie de prévention des chutes »¹ est en place.

L'étude nationale sur la santé et les modes de vies –SLAN 07- s'est penchée sur les blessures accidentelles pour en analyser l'incidence, la localisation et la prévalence².

Note d'information sur les maladies cardiovasculaires, le diabète, la gestion des maladies chroniques et l'obésité.

Santé cardiovasculaire

¹ Ce document peut être consulté à l'adresse suivante : http://www.hse.ie/eng/services/Publications/services/Older/Strategy_to_Prevent_Falls_and_Fractures_in_Ireland's_Ageing_Population.html

² Le rapport peut être consulté à l'adresse suivante : http://www.dohc.ie/publications/slan_injury_report.html

Le Gouvernement a investi depuis l'année 2000 plus de 60 millions d'euros dans la mise en œuvre du programme de santé cardiovasculaire intitulé « Des cœurs plus sains ». Ces fonds ont été affectés à un large éventail de nouvelles prestations et initiatives. Celles-ci ont eu des incidences positives sur le diagnostic et le traitement des patients atteints de maladies cardiaques.

Un audit des progrès accomplis dans la mise en œuvre du programme « Des cœurs plus sains » a été publié en 2007. Le rapport « Irlande : A plein cœur » fait état d'un recul constant des maladies cardiovasculaires, en dépit d'une augmentation de l'obésité et de faibles taux d'activité physique. Il recense également les carences et insuffisances des services et prestations par rapport à ce qui est recommandé dans « Cœur et santé ».

L'audit a conduit à la mise en place en septembre 2007 du Groupe responsable de la politique de santé cardiovasculaire chargé de définir les grandes lignes de l'élaboration d'une politique de santé cardiovasculaire, y compris pour ce qui concerne les AVC. Le rapport du groupe, intitulé « Évolution de la santé cardiovasculaire : Politique de santé cardiovasculaire 2010-2019 » vient d'être approuvé par le gouvernement et sera publié sous peu. Il porte sur tous les aspects de la maladie cardiovasculaire, notamment sur la prévention et la gestion et les modalités d'intégration de celles-ci pour réduire la charge que représentent ces affections.

Diabète

Le ministère de la Santé et de l'Enfance a publié en 2006 un document intitulé « Diabète : prévention et modèle pour les soins aux malades ». La parution du document a été suivie de la mise en place d'un groupe consultatif de spécialistes chargé d'élaborer des normes de soins pour le diabète. Le groupe a publié son rapport en novembre 2008. Ses travaux, concrets et centrés sur le patient, indiquent les grandes lignes de la mise en place de services d'excellence pour les personnes souffrant de diabète ; ils accordent une large place à la prévention, à l'intégration des services et à la gestion communautaire, avec l'appui de structures spécialisées.

Gestion des maladies chroniques

La gestion générale des maladies chroniques a été exposée dans le cadre d'orientation politique du ministère de la Santé et de l'Enfance, publié en 2008. Ce cadre propose une approche centrée sur des programmes de gestion de la maladie visant à traiter et à retarder l'apparition de complications et à réduire ainsi le nombre d'admissions en urgence dans les hôpitaux. Il aborde la gestion des maladies chroniques à différents niveaux via une réorientation vers les soins primaires et la mise en place de services de santé intégrés qui soient centrés sur la prévention, le retour à la santé et l'amélioration de la qualité de vie du malade.

Obésité

En mai 2005 est paru le rapport du Groupe de travail sur l'obésité, intitulé « Obésité : les enjeux politiques ». Il devait servir de cadre d'orientation pour les mesures à prendre pour remédier à la forte prévalence et aux taux croissants de surpoids et d'obésité enregistrés en Irlande, en particulier chez les enfants. Un groupe intersectoriel sur l'obésité composé de représentants des ministères compétents et des principaux acteurs en la matière a été mis en place au début de 2009 pour superviser et contrôler la mise en œuvre des recommandations du groupe de travail. Celui-ci a publié un rapport en avril 2009 détaillant les progrès accomplis par rapport à chacune des recommandations : progrès considérables pour 32% d'entre elles, en bonne voie, pour 59 % d'entre elles, mais inexistantes à ce jour pour 9 % d'entre elles.

Les travaux du groupe intersectoriel sont aussi examinés actuellement dans le contexte plus général d'un réexamen des mesures à prendre par les pouvoirs publics par rapport aux maladies liées au mode de vie, l'obésité étant l'un des principaux facteurs à l'origine de celles-ci.

Note d'information sur la politique de lutte contre l'alcoolisme.

1. Consommation d'alcool en Irlande

Il est ressorti d'une comparaison des taux de consommation en 2006 dans divers pays de l'OCDE qu'avec 13,4 litres d'alcool pur par an, l'Irlande avait le taux de consommation par adulte le plus élevé. En 2008, la consommation a diminué de 7,6 %, passant à 12,4 litres. Le chiffre provisoire pour 2009 est de 11,3. La diminution observée en 2008 et 2009 pourrait s'expliquer par le fait que certains ressortissants irlandais se rendent en Irlande du Nord pour effectuer leurs achats d'alcool. Il se pourrait aussi que la diminution de la consommation par habitant soit due à la récession amorcée en 2008. La restriction des horaires de vente à emporter édictée par la loi relative aux boissons alcoolisées de 2008 pourrait elle aussi avoir concouru à cette baisse de consommation.

2. Code pour la vente et l'exposition d'alcool dans les commerces multiples

Le ministre de la Justice, de l'Égalité et de la Réforme législative et les principaux supermarchés et grands magasins ont adopté un nouveau code pour la vente et l'exposition de boissons alcoolisées. Celles-ci doivent être exposées en un seul endroit dans le magasin, loin de l'entrée. La publicité est également contrôlée. Une structure indépendante a été mise en place pour surveiller l'application du code lequel semble être globalement respecté.

3. Programme national de lutte contre l'abus de stupéfiants

Le 31 mars 2009, le gouvernement est convenu d'inclure l'alcool dans un programme national de lutte contre l'abus de stupéfiants qui sera coordonné conjointement par le ministère des Affaires communautaires, rurales et du Gaeltacht et le ministère de la Santé et de l'Enfance. Un groupe directeur a été mis en place pour le volet alcool du programme national. Il appuiera ses recommandations sur des mesures reposant sur des informations factuelles pour traiter le grave problème de santé publique que représente l'alcool, dans des domaines comme l'offre, le prix, la prévention, le traitement, la sensibilisation et l'éducation. Le groupe directeur se réunit une fois par mois et devrait soumettre son rapport au gouvernement d'ici la fin de l'année.

Note d'information sur la lutte contre le tabagisme

Données générales

1. La consommation de tabac est la principale cause de mortalité évitable en Irlande. Chaque année, plus de 6 500 personnes meurent prématurément des conséquences du tabac et des milliers d'autres sont atteints de maladies liées au tabac. En novembre 1999, la commission mixte de la Santé et de l'Enfance de l'Oireachtas a publié une « Stratégie nationale anti-tabac – Rapport sur la santé et le tabagisme » qui recommandait l'adoption d'un programme national de lutte contre le tabagisme.

2. C'est à la suite de ce rapport que fut créé le groupe de réflexion sur les mesures anti-tabac chargé d'effectuer une étude de fond sur la santé et le tabac et de formuler des recommandations au ministre de la Santé et de l'Enfance. Le rapport intitulé « **Vers une société sans tabac** » a été publié en 2000 et adopté en tant que document d'orientation du gouvernement.

3. Les lois sur la santé publique (tabac) de 2002 et 2004 prévoyaient une série d'importantes mesures de lutte contre le tabagisme, dont la mise en place de l'Office de contrôle du tabac et l'initiative **Travailler sans fumée**.

4. La mise en œuvre d'autres dispositions des lois susmentionnées a été retardée du fait d'une contestation de la légalité de certaines clauses essentielles par PJ Carroll et autres. En 2007, les plaignants ont toutefois abandonné leur contestation. De nouvelles dispositions doivent prendre effet à compter du 1^{er} juillet 2009. Les changements à venir ont été annoncés le 1^{er} juillet 2008, de manière à laisser aux distributeurs un délai de douze mois pour s'adapter à la nouvelle donne.

Nouvelles mesures instaurées le 1^{er} juillet 2009

5. Les dispositions clés des lois sur la santé publique (tabac) 2002 et 2004 entrées en vigueur le 1^{er} juillet 2009 comprennent, entre autres :

- L'interdiction de publicité pour les produits du tabac à l'intérieur des magasins
- L'interdiction d'exposer des produits du tabac
- L'obligation de placer tous les produits du tabac hors de vue et de les stocker dans un conteneur fermé uniquement accessible au distributeur
- L'interdiction d'installer des distributeurs self-service **excepté** dans les établissements autorisés ou les clubs dûment enregistrés
- L'obligation pour tous les distributeurs de produits du tabac de s'inscrire auprès de l'Office de contrôle du tabac.

Le but de ces dispositions est de dé-normaliser plus avant le tabagisme et de protéger les enfants contre les dangers de la consommation de tabac. Les études montrent que pour les jeunes qui commencent et continuent à fumer, la publicité pour le tabac sur le lieu de vente joue un rôle déterminant. Prévenir l'achat par les jeunes de produits du tabac, c'est diminuer leur risque de dépendance et de maladies liées au tabac. Restreindre la publicité, c'est aussi aider les adultes qui essaient d'arrêter de fumer.

Le prix a également été reconnu comme une mesure efficace de contrôle du tabagisme, notamment parce qu'il peut empêcher les jeunes de commencer à fumer et prévenir ainsi leur éventuelle dépendance. A partir de mai 2007, la vente de cigarettes en paquets de moins de vingt unités et de confiseries ressemblant à des cigarettes a été interdite.

2. Information sur la sécurité routière. Données compilées par le Service de la sécurité routière (RSA) et le Service des routes nationales (NRA)¹.

Notre stratégie – Résumé

Comment diminuer le nombre de décès et de blessés sur la route ? Voici les quatre piliers de notre stratégie : Éducation, Répression des infractions, Ingénierie, Évaluation

L'amélioration de la sécurité routière exige un **changement d'ordre culturel du comportement des conducteurs** et le contrôle et le respect rigoureux de composantes fondamentales de la sécurité routière, par exemple, des normes applicables aux véhicules et aux conducteurs.

Notre stratégie consiste à **procéder à des améliorations majeures de la sécurité routière** en mobilisant nos ressources internes et en travaillant avec des partenaires extérieurs.

La Stratégie en matière de sécurité routière (2007-2012) vise à réduire de 30 % le nombre de collisions, décès et blessés sur les routes irlandaises. Ceci devrait permettre à l'Irlande de s'aligner sur des pays considérés comme ayant les routes les plus sûres du monde, comme les Pays-Bas, la Suède et le Royaume-Uni.

Les quatre piliers de la sécurité routière

Éducation

- Campagnes sécurité ciblées dans les écoles
- Campagnes sur la sécurité destinées au grand public
- Dispositif de formation pour les chauffeurs professionnels

Application de mesures -Répression des infractions

- Test de conduite et délivrance de permis
- Secteur des transports routiers
- Régimes d'expérimentation pour les véhicules motorisés

Ingénierie

- Concourir à l'application des règlements UE concernant les normes des véhicules
- Aider le NRA (Service des routes nationales) dans la conception du réseau routier

Évaluation

- Études et travaux en matière de sécurité routière
- Mesurer l'efficacité des initiatives prises en matière de sécurité routière

La troisième Stratégie de sécurité routière s'emploie à prendre appui sur les avancées et les idées dégagées des deux premières (1998-2002 et 2004-2006), l'objectif étant d'améliorer radicalement -et durablement- la sécurité sur les routes irlandaises. Elle s'inspire aussi de la vision et de l'expérience des pays ayant d'excellentes pratiques en la matière, comme les Pays-Bas, la Suède, le Royaume-Uni, la Norvège et la France. Les apports de la Nouvelle-Zélande, des États australiens Victoria et Queensland, et d'un certain nombre d'États américains dans ce domaine se sont aussi avérés fort intéressants.

Processus de consultation publique

Pour recueillir les informations pertinentes et nécessaires à la Stratégie, il a été procédé à une consultation publique. Fin 2006, les médias locaux et nationaux ont lancé un appel à contributions. Les quelque 500 réponses reçues du grand public, des médias, d'entreprises et de collectivités et d'autres sources et le processus de consultation proprement dit ont montré que les actions menées pour réduire le nombre de décès et de blessés graves suite aux accidents de la route recueillaient un soutien massif. Consultation et communication se poursuivront tout au long de la mise en œuvre et de l'évaluation de la Stratégie.

Accidents de la route mortels

Durant les années 1970, la période la pire qu'ait connue le pays s'agissant des décès sur la route, l'Irlande enregistrait en moyenne une cinquantaine d'accidents mortels par mois, bien qu'à cette époque il ne circulait sur les routes qu'un tiers du nombre de véhicules y circulant aujourd'hui.

Accidents mortels par année et par million de véhicules immatriculés, 1970-2006²

Le renforcement des sanctions, l'amélioration de la sécurité technique des véhicules et des routes, ainsi que les progrès des interventions médicales ont abouti à une diminution du nombre des accidents

¹ Résumé des éléments d'information tirés du document du RSA « Stratégie en matière de sécurité routière 2007-2012 », disponible à l'adresse suivante : http://www.rsa.ie/Documents/road%20Safety/RSA_Stratégie_ENG_s.pdf

² Source : NRA/RSA accidents mortels par millions de véhicules motorisés immatriculés. 822_RSA_Stratégie_2012 :INSIDE 25/10/2007 11 :20 page 6.

mortels. La sécurité routière est aujourd'hui un axe de recherche, accordant une place croissante à la prévention des coûts économiques et sociaux.

Le dernier pic enregistré en 1997 avec une moyenne de 39 décès par mois a conduit à la mise en place de la première Stratégie de sécurité routière en 1998. Les actions menées dans ce cadre ont permis de ramener les décès à une moyenne de 35 par mois en décembre 2000. L'instauration du permis à points en novembre 2002 a aidé à atteindre l'objectif crucial d'une réduction de 20% des accidents mortels en décembre 2002.

L'analyse de l'impact année après année des mesures prises par les pouvoirs publics en matière de sécurité routière montre clairement que les années les plus satisfaisantes à cet égard ont été 2002 et 2003, après l'instauration du permis à points en novembre 2002. Les années 2004 à mi-2006 ont été décevantes : le nombre d'accidents mortels a augmenté et les gains des années précédentes ont été perdus. La situation a changé en juillet 2006 grâce à la mise en place du Dépistage obligatoire d'alcool (MAT) renforcé par la visibilité et la cohérence du programme de répression des infractions du Garda Traffic Corps.

De fin juin 2006 à juin 2007, 333 personnes sont décédées sur les routes, ce qui représentait le chiffre le plus faible enregistré depuis quatre ans (335 décès en 2003) pour une période de douze mois, soit une moyenne de 28 décès par mois ou 80 décès par million d'habitants. C'est une diminution de 19% par rapport aux 412 accidents mortels des douze mois précédents (fin juin 2005 à juin 2006), soit une moyenne de 34 décès par mois ou 98 accidents mortels par million d'habitants.

Le présent document prend pour base de calcul une population irlandaise de 4,2 millions d'habitants.

Bilan en matière de sécurité routière et place de l'Irlande dans l'UE.

Les pays de l'UE ayant d'excellentes pratiques en la matière ont réussi à faire baisser les chiffres jusqu'à 50 décès par million d'habitants et s'emploient d'ores et déjà à améliorer ce score par une nouvelle baisse de 20% (tableau 3). L'objectif global que s'est fixé l'UE pour 2010 est une diminution de 50% par rapport à 2000, prise pour année de base. L'Irlande se classe à présent 14^{ème} sur 25 pays de l'UE. Pour rejoindre dans les cinq prochaines années le groupe des pays ayant les meilleures pratiques dans ce domaine, la troisième Stratégie devra faire baisser le nombre annuel de décès sur la route pour l'amener à 50 à 60 décès par million d'habitants. Cet objectif tient compte de la spécificité irlandaise par rapport aux pays du groupe susmentionné en termes de réseau routier et de distances annuelles parcourues.

L'objectif est de réduire le nombre d'accidents mortels d'ici fin 2012 à 60 par million au maximum et à 50 ou moins, les années suivantes en enregistrant des baisses tangibles d'année en année (voir page 36 du document Stratégie en matière de sécurité routière, 2007-2012).

Soixante accidents de la route mortels par million d'habitants correspondent à 21 décès par mois ou à 252 décès par an. Avec 18 décès par mois en moyenne, l'Irlande s'alignerait sur les Pays-Bas, la Suède, la Norvège et le Royaume-Uni. Ceci correspond à 210 décès par an et 50 accidents mortels par million d'habitants.

Principales causes

Les causes des collisions, décès et blessures sont principalement les suivantes :

Vitesse inconsidérée ou inadaptée aux circonstances du moment ou aux conditions de conduite ;

Conduite déficiente sous l'emprise d'alcool, de stupéfiants ou de médicaments (prescrits ou non) ou de la fatigue ;

Non-utilisation ou utilisation incorrecte des ceintures de sécurité et des dispositifs de sécurité pour les enfants ;

Adoption de comportement dangereux pour/par les usagers de la route vulnérables (piétons, motocyclistes, cyclistes, jeunes enfants et personnes âgées).

Voir Annexe II du document Stratégie en matière de sécurité routière 2007-2012 (Les hauts risques – qui, pourquoi, quand et où ?) pour les travaux menés sur les causes principales.

Neuf accidents mortels sur dix sont principalement imputables au comportement des usagers de la route. C'est là une donnée constante.

Il ressort des travaux menés sur les accidents mortels que :

La vitesse excessive est l'un des facteurs à l'origine d'un accident mortel sur trois.

L'alcool est l'un des facteurs à l'origine d'un accident mortel sur trois.

La fatigue du conducteur est considérée comme étant un facteur à l'origine d'un accident mortel sur cinq. Sur les personnes tuées en voiture au cours des six dernières années, une sur trois n'avait pas attaché la ceinture de sécurité ou s'agissant d'un enfant, n'avait pas fait l'objet de toutes les dispositions requises pour assurer sa sécurité.

C'est du reste le cas d'un enfant sur trois circulant à bord d'une voiture.

Trois personnes sur quatre tuées sur les routes sont des hommes.

Les hommes jeunes de 17 à 34 ans sont constamment surreprésentés dans les statistiques des décès et blessés graves.

Accidents de la route mortels – Moyenne annuelle/mensuelle, 1997- 2005¹

Nombre moyen annuel de :

Usagers de la route vulnérables

Les usagers de la route vulnérables sont les piétons, les motocyclistes, les cyclistes, les jeunes enfants et les personnes âgées.

Sur dix personnes décédées sur les routes au cours des six dernières années, six sont des usagers de la route vulnérables, à savoir :

Deux sur dix sont des piétons.

Une sur dix est un motocycliste.

Une sur trente est un cycliste.

La vitesse du véhicule est le principal facteur à l'origine de ces accidents mortels.

A 60km/h, neuf piétons sur dix seront tués par l'impact.

A 50 km/h, cinq piétons sur dix seront tués par l'impact.

A 30 km/h, un piéton sur dix sera tué par l'impact.

Facteurs à l'origine des accidents mortels 2000-2005

Conducteurs

81%

Route

4.2%

Environnement

2.1%

Piétons

12%

Véhicule

0.7%

Source : Calculé à partir des données des NRA/RSA (Collisions 2000-2005)

Accidents mortels ventilés par usagers de la route et âge : 2000 - 2005

Source : Données factuelles du NRA sur les accidents de la route 1997-2004/ Données factuelles du RSA sur les collisions routières (1 706 décès sur la route 2000-2006)

Décès sur la route ventilés par types d'usagers de la route 2000-2005²

Source : Calculé à partir des données des NRA/RSA (2 307 décès sur la route 2000-2005)

Automobilistes

56%

Piétons

20%

Motocyclistes

13%

Cyclistes

3%

Autres usagers de la route

8%

Les quatre piliers (ERIE)

Un consensus international a émergé concernant les quatre piliers autour desquels articuler la réduction des accidents de la route mortels.

¹ Source : NRA / RSA ;

¹Données factuelles sur les accidents de la route, NRA 2000-2005 & données factuelles sur les collisions routières, RSA 2006.

⁴ Source : Règles de circulation routière RSA 2007 – 822_RSA_Stratégie_2012:INSIDE 25/10/2007 11:20 page 10

² Stratégie en matière de sécurité routière 2007-2012 11

822_RSA_Stratégie_2012:INSIDE 25/10/2007 11:20 page 11

Éducation – sensibiliser à la sécurité routière en transmettant les connaissances pertinentes et en aidant à mieux comprendre les risques dans le but de susciter un changement d'attitude et de comportement au plan individuel et aux niveaux des collectivités et des organisations.

Répression des infractions – infliger des sanctions bien visibles et appropriées qui auront un effet dissuasif et inciteront les intéressés à respecter davantage les règles de circulation

Ingénierie – rendre le réseau routier plus sûr et plus à même de parer aux erreurs que commettent inévitablement les usagers de la route. Concevoir le véhicule en cherchant à améliorer la sécurité des occupants et des piétons/cyclistes et à réduire au minimum les dommages et dégâts en cas d'accident

Évaluation - s'employer à diminuer durablement le nombre de décès et blessés graves sur les routes en étudiant et mesurant constamment l'efficacité des mesures prises

L'évaluation fait partie intégrante de la troisième stratégie, ce qui constitue une première. Les diverses actions menées dans le cadre de ces mesures varient d'un pays à l'autre, et tiennent compte des situations locales, de la culture, de la législation, de la démographie et des infrastructures routières. En Irlande, le RSA coopèrera avec les acteurs concernés pour lancer une série d'initiatives adaptées au contexte culturel local, au cadre législatif et aux infrastructures en place¹.

3. Hygiène et sécurité :

Législation de la santé et de la sécurité au travail en Irlande²

Aux termes de l'article 57 de la Loi de 2005 sur la sécurité, la santé et le bien-être au travail (n° 10 de 2005), le Service de la santé et de la sécurité est tenu d'examiner périodiquement la législation en matière de sécurité et de santé (les dispositions législatives pertinentes) et d'autres textes (dispositions législatives connexes) ayant un rapport avec la sécurité et la santé au travail. Il présente périodiquement au ministre du Travail ses propositions en la matière, selon que de besoin. Un vaste ensemble de dispositions législatives concernant la sécurité et la santé au travail et les substances dangereuses et les codes de pratique connexes sont appliqués et mis en vigueur, en tout ou partie, par ledit service.

Liste des textes de lois et codes de pratique connexes concernant la sécurité et la santé au travail et les substances dangereuses

Appliqués et mis en vigueur, en tout ou partie, par le Service de la santé et de la sécurité (au 1^{er} octobre 2010)³.

Textes de lois

Quantité de textes de lois (lois votées au parlement) sont appliqués et mis en vigueur, en tout ou partie, par le Service de la santé et de la sécurité⁴.

Autre législation

Outre les lois votées à l'Oireachtas, un vaste ensemble de dispositions législatives concernant la sécurité et la santé au travail et les substances dangereuses et les codes de pratique connexes sont appliqués et mis en vigueur, en tout ou partie, par ledit service.

Celles-ci englobent les dispositions réglementaires prises en vertu de la loi de 1972 des communautés européennes et des règlements et ordonnances édictés en vertu de la loi de 1989 sur la sécurité, la santé et le bien-être au travail (N°7 de 1989)⁵.

Analyse de l'impact des règlements (RIA)

L'analyse de l'impact des règlements est un outil d'exploration structurée des différentes options qui s'offrent pour traiter des problèmes spécifiques. Le dispositif a été mis en place en 2005 par le Service

¹ Stratégie nationale de l'Irlande en matière de sécurité routière. A consulter à l'adresse suivante : http://www.rsa.ie/Documents/Road%20Safety/RSA_Strategy_ENG_s.pdf

Informations sur les collisions. A consulter à l'adresse suivante : <http://www.rsa.ie/RSA/Road-Safety/Our-Research/Collision-Statistics/>

Les campagnes TV choc à grand retentissement sont un volet essentiel de la stratégie du RSA pour sensibiliser les usagers de la route aux périls de la conduite dangereuse. Voir site web à l'adresse suivante : <http://www.rsa.ie/RSA/Road-Safety/Campaigns/Current-road-safety-campaigns/cccc>

Données aléatoires et statistiques de la circulation routière irlandaise. A consulter à l'adresse suivante : <http://273k.net/cycling/statistics.htmlcccc>

La carte de l'Irlande avec localisation des accidents de la route. A consulter à l'adresse suivante :

<http://www.rsa.ie/RSA/Road-Safety/Our-Research/Ireland-Road-Collisions/>

² <http://www.hsa.ie/eng/Legislation/>

³ http://www.hsa.ie/eng/Legislation/List_of_Legislation/

⁴ Ceux-ci sont référencés sur la navigation côté gauche et notre site propose une liste des dispositions réglementaires et ordonnances édictées au titre de chaque texte de loi.

Cliquez sur le texte de loi sur la navigation côté gauche pour voir les dispositions réglementaires connexes.

<http://www.hsa.ie/eng/Legislation/Acts/>

⁵ http://www.hsa.ie/eng/Legislation/Acts/Other_Legislation

d'amélioration des règlements auprès du cabinet du premier ministre (Taoiseach) pour encourager la réflexion active sur des modes de réglementation alternatifs ou des formes de réglementation plus légères. L'analyse de l'impact des règlements est également très utile lorsque la législation a déjà reçu le soutien du gouvernement, auquel cas le but est d'identifier l'option la plus indiquée pour sa mise en œuvre¹. »

121. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 11§3 MOLDOVA

Le Comité conclut que la situation de la Moldova n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte révisée, aux motifs qu'il n'est pas établi que des mesures adéquates ont été prises pour protéger la population contre les accidents, ni contre les risques liés à l'amiante et aux radiations ionisantes.

Premier et deuxième motifs de non-conformité

122. La représentante de la Moldova a fourni par écrit les informations suivantes :

« *Information parvenue du Ministère de l'Environnement*

En vue de réglementer les activités nucléaires et radiologiques dans la République de Moldova le cadre normatif et institutionnel national a été toujours amélioré. La République de Moldova a adhéré à une série de traités internationaux :

- Convention sur la notification rapide d'un accident nucléaire du 26.09.86;
- Convention sur la protection physique des matériels nucléaires du 28.10.79 ;
- Convention sur l'assistance dans le cas d'accident nucléaire ou d'urgence radiologique du 26.09.86;
- Convention sur la sécurité nucléaire du 17.06.94;
- Code de conduite pour assurer la sécurité des sources radioactives ;

Pour harmoniser le cadre législatif et institutionnel de réglementation des activités nucléaires et radiologiques aux prévisions des traités et des recommandations internationales, le Parlement a adopté la Loi sur le déroulement sur des activités nucléaires et radiologiques, n 111-XVI du 11.05.2006 (Monitorul Oficial n 98-101/451 du 30.06.2006).

L'implémentation de la loi susmentionnée a démarrée par l'approbation de la Décision du Gouvernement N 328 du 23.03.2007 approuvant le Règlement, les structures organisationnelles et l'effectif de l'Agence Nationale de Réglementation des Activités Nucléaires et Radiologiques (ANRANR) – organe central de spécialité de l'administration publique, institue par le Gouvernement auprès le Ministère de l'Environnement, ayant le statut de personne juridique et la compétence dans la réglementations des activités nucléaires et radiologiques.

En vue d'exécuter les prévisions de la Loi n111 du 11.05.2006 et des traités internationaux dont la République de Moldova fait partie, des actes normatifs harmonisés aux directives européennes ont été élaborés et approuvés par le Gouvernement:

1. Décision du Gouvernement n 1220 du 30 octobre 2008 approuvant le Règlement de contrôle et la surveillance d'Etat des activités nucléaires et radiologiques (Monitorul Oficial N 198-200 du 07.11.2008);
2. Décision du Gouvernement n 1017 du 01 septembre 2008 sur le Registre national des sources de radiations ionisantes et des personnes physiques et juridiques autorisées (Monitorul Oficial n 169-170/1025 du 09.09.2008);
3. Décision du Gouvernement nr. 212 du 13 mars 2009 approuvant le Règlement sur l'autorisation des activités nucléaires et radiologiques. (Monitorul Oficial Nr. 59-61, du 24.03.2009 art. Nr. 271);
4. Décision du Gouvernement n 388 du 26 juin 2009 approuvant le Règlement sur le Management des déchets radioactives. (Monitorul Oficial N 110-111, du 10.07.2009, art. N456).

Le Règlement sur la procédure de sanction des violations dans le domaine nucléaire et radiologique a été aussi élaboré et approuvé.

On a aussi effectué l'inventaire de toutes les sources de radiations ionisantes du pays. Comme suite de l'inventaire, du contrôle et de la surveillance d'Etat exercés le Registre National des sources de radiation ionisantes et des personnes physiques et juridiques autorisées est complété et actualisé de manière hebdomadaire.

¹ http://www.hsa.ie/eng/Legislation/Acts/Other_Legislation/Regulatory_Impact_Analysis/

En conformité avec les prévisions de l'art. 385 du Code du Travail, la surveillance et le contrôle d'Etat dans le domaine des activités nucléaires et radiologiques sont exercés par l'ANRANR. Au sein de l'ANRANR sont engagés des inspecteurs d'Etat qui effectuent le contrôle et la surveillance du respect de la législation sur les conditions de sécurité des radiations ionisantes.

Les exigences d'assurance de la radioprotection et de la sécurité nucléaire pour les personnes engagées dans les activités avec des sources ionisantes ainsi que pour la population sont prévues dans les Normes fondamentales de radioprotection du 27.02.2001. Les exigences et les règles hygiéniques (NFRP-2000) // *Monitorul Oficial 40-41/111, 05.04.2001*, élaborées à la base des Normes Internationales de protection contre les radiations ionisantes et la sécurité des sources des radiations ionisantes, (BSS) Safety Series n 115, 1997 et de la Directive du Conseil EURATOM n96/29 du 13.05.96.

NFRP-2000 couvrent toutes les situations conditionnées de l'exposition aux radiations ionisantes naturelles ou artificielle, la probabilité de son action sur l'homme, les animaux, l'environnement, autant dans des conditions normales d'activité, que dans les cas de l'apparition des urgences radiologiques ou des accidents (incidents) nucléaires. NFRP-2000 établissent des valeurs admissibles des niveaux d'action de la radiation ionisante, qui sont vérifiées dans le cadre d'évaluation lors de l'enregistrement et de l'autorisation ainsi que dans le cadre du contrôle et de la surveillance d'Etat.

Lors du procès d'enregistrement et d'autorisation d'Etat des activités nucléaires et radiologiques ANRANR effectue l'évaluation de la conformité des conditions de déroulement des activités nucléaires et radiologiques à la base des réglementations en vigueur, en assurant de cette façon le déroulement sur des activités mentionnées.

Information parvenue du Ministère de la Santé

La Loi n111 du 11 mai 2006 sur le déroulement sur des activités nucléaires et radiologiques a été adoptée en vue d'harmoniser le cadre législatif et normatif dans le domaine de détermination des exigences adéquates par rapport aux normes de radioprotection, de la sécurité radiologique et nucléaire, en conformité avec les exigences et les recommandations du Conseil de l'Europe, de l'Agence Internationale pour l'Energie Atomique (AIEA) et d'autres organisations internationales.

En conformité avec les prévisions de cette loi, l'autorité d'administration publique centrale dans le domaine de la santé effectue :

- a) la surveillance et l'évaluation hygiénique du contenu de radionucléides dans les produits alimentaires, y compris dans les sources de l'eau douce, dans les matériels de construction dans d'autres produits de consommation destinées à la population, en délivrant des certificats d'hygiène pour les produits autochtones ou pour ceux importés;
- b) le monitoring de l'influence des activités nucléaires et radiologique sur la santé de la population et l'émission d'avis, en conformité avec les actes normatifs en vigueur;
- c) la détermination hygiénique des normes des facteurs radiologiques ;
- d) la surveillance sanitaire épidémiologique des objectifs qui accomplissent des activités nucléaires et radiologiques, en conformité avec la législation en vigueur ;
- e) le monitoring de l'exposition aux radiations ionisantes du personnel qui travaille avec des sources de radiations ionisantes, des patients lors des investigations médicales et de toute la population dans les cas des accidents radiologiques/nucléaires ;
- f) l'organisation de recherches scientifiques concernant les effets médico-biologiques des radiations ionisantes.

La surveillance des activités avec des sources des radiations ionisantes est réalisée en conformité avec les prévisions de la Loi n10-XVI du 03 février 2009 sur la surveillance d'Etat des la santé publique, qui stipule :

- (1) Les activités avec des sources générant des radiations ionisantes seront déroulées en respectant les prévisions de la législation en vigueur dans le domaine des activités nucléaires et radiologiques, des règlements et des normes sanitaires dans le domaine de la radioprotection.
- (2) Les activités nucléaires et radiologiques utilisant des substances radioactives et d'autres sources de radiations ionisantes, sont soumises à la surveillance et à l'autorisation sanitaire.
- (3) Le personnel se trouvant sous l'action des radiations ionisantes ou l'on utilise des matériels radioactives et d'autres sources d'irradiation ionisante, les patients exposés aux radiations lors d'une irradiation médicale et la population se trouvant au milieu des événements d'urgence nucléaire et radiologique sont soumis au monitoring permanent, tout en déterminant les doses d'exposition aux radiations ionisantes.
- (4) Les personnes physiques et juridiques déroulant des activités nucléaires, radiologiques sont obligées à assurer des conditions pour le monitoring de l'exposition aux radiations ionisantes et l'estimation de

l'état de santé des travailleurs, de créer des conditions sûres de travail avec des sources des radiations ionisantes. »

123. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

Article 12§1 – Existence d'un système de sécurité sociale

Points communs de préoccupation soulevés par les représentants des Etats lors de l'examen de toutes les situations nationales ci-après :

- Le niveau suffisant des prestations doit être évalué sous l'angle de l'article 12§2, et non de l'article 12§1. Dans plusieurs Etats, il n'y a pas de minima sociaux, et le jugement que l'on porte sur leur situation repose sur des spéculations ; ce qui n'est pas souhaitable ;
- Le niveau suffisant des prestations doit être apprécié au regard du pouvoir d'achat et non du seuil fixé à 50% du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté établi par Eurostat ;
- Il conviendrait de préciser pourquoi, lorsque le montant d'une prestation est inférieur au seuil de pauvreté fixé à 40% du revenu médian ajusté, le CEDS considère que son cumul avec des prestations servies sous conditions de ressources, y compris l'assistance sociale, ne rend pas la situation conforme à l'article 12§1 ;

124. Le Comité décide d'évoquer ces points lors de la prochaine réunion conjointe des Bureaux. Il demande également au Secrétariat de voir si un membre du CEDS pourrait participer à l'une de ses futures réunions pour exposer en détail la jurisprudence du Comité concernant l'article 12.

CSR 12§1 BULGARIE

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

- le montant minimum des prestations de chômage est manifestement insuffisant ;
- le montant minimum des prestations de vieillesse est manifestement insuffisant ;
- le montant minimum des prestations de survivant est manifestement insuffisant ;
- le montant minimum des prestations servies en cas d'accident du travail est manifestement insuffisant ;
- le montant minimum des prestations d'invalidité est manifestement insuffisant ;

Premier, deuxième, troisième, quatrième et cinquième motifs de non-conformité

125. La représentante de la Bulgarie fait savoir que le mode de calcul des prestations de chômage a été modifié au début de l'année 2009. Depuis cette date, les prestations représentent 60% de la rémunération journalière moyenne ou du revenu journalier moyen soumis à cotisation perçu au cours des neuf derniers mois précédant la cessation de la relation de travail. Le montant de la prestation est calculé mois par mois, en multipliant le revenu journalier moyen par le nombre de jours ouvrés dans le mois. Ce système facilite l'accès aux allocations de chômage. En 2009 toujours, les seuils minima et maxima imposés par la loi pour lesdites prestations ont été relevés, de sorte que le montant minimum de l'allocation de chômage a progressé de 40% par rapport à 2007.

126. En 2010, le ministère du Travail et de la Politique sociale a présenté un projet de loi portant modification du code de sécurité sociale qui supprime le plafond légal des

allocations de chômage. Ce texte est actuellement en discussion au Conseil des Ministres. Il fait, sur ce point, l'objet d'un consensus au sein du Conseil national pour la coopération tripartite.

127. S'agissant des prestations servies par les régimes vieillesse, accidents du travail, survivant et invalidité, la représentante de la Bulgarie précise que le montant des prestations octroyées dans le cadre des trois dernières branches est directement lié à celui des prestations de vieillesse en ce qu'elles correspondent à un pourcentage du minimum vieillesse. Lorsque le minimum vieillesse augmente, le montant de tous les autres types de prestations précités est majoré d'autant. De même, le code de sécurité sociale bulgare veut que, chaque année, toutes les pensions versées avant la fin du dernier exercice soient revalorisées à raison d'un pourcentage équivalant à la moitié de l'indice des prix à la consommation et à la moitié de la hausse des revenus médians soumis à cotisation au cours des années précédentes.

128. En 2009, toutes les pensions ont été majorées de 10%, indépendamment de la revalorisation annuelle. Depuis avril 2009, le mode de calcul des prestations a été modifié, une importance plus grande étant accordée aux années de travail – leur pondération est ainsi passée de 1 à 1,1%. En juillet 2009, les pensions ont été relevées de 9%. Par le jeu de ces hausses et nouveaux modes de calcul, le minimum vieillesse a, en 2009, augmenté de 40% ces deux dernières années.

129. La représentante de la Bulgarie fait également état de la création, en septembre 2009, d'un Conseil consultatif pour la réforme des pensions ; cette instance, qui relève du Ministre du Travail et de la Politique sociale, se veut essentiellement un forum multilatéral de discussion sur la réforme des pensions et sur l'approche à suivre pour développer et moderniser le système des retraites bulgare. Il a été décidé, compte tenu des lourdes réformes en cours dans le secteur des soins de santé et eu égard aux difficultés économiques que traverse le pays, d'attendre 2011, voire au-delà, pour engager la prochaine étape importante et arrêter de nouvelles mesures législatives et pratiques tendant à apporter des aménagements spécifiques au système de retraites.

130. Le Comité prend note des évolutions positives ainsi annoncées et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 12§1 CHYPRE

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

- le montant de la pension sociale est manifestement insuffisant ;
- les montants des prestations versées en cas de maladie, de chômage, d'accident du travail et de maternité sont manifestement insuffisants même lorsque calculés sur le revenu de base soumis à cotisation.

131. La représentante de Chypre a fourni par écrit les informations suivantes :

Premier et deuxième motifs de non-conformité

« Le taux des prestations servies dans le cadre du régime d'assurance sociale de Chypre est supérieur aux normes minima fixées par le Code européen de sécurité sociale et par la Convention n° 102 de l'Organisation internationale du Travail, lorsqu'on le compare au salaire hebdomadaire d'un bénéficiaire type. Il importe de relever que les cotisations sociales sont calculées comme un pourcentage des revenus (salaires ou autres revenus) pris en considération aux fins de l'assurance sociale, appelés

« revenus assurables ». Le niveau des prestations servies dans le cadre du régime d'assurance sociale dépend donc dans une large mesure du niveau de salaire/revenus de l'assuré.

Le Code européen de sécurité sociale détermine trois méthodes d'évaluation des prestations en espèces périodiques et indique le montant minimal qui doit leur être associé. Le Code a pour but d'édicter des normes équivalentes pour chaque type de système de sécurité sociale et laisse aux Parties Contractantes le choix entre trois modèles pour fixer le montant des prestations. Ces modèles sont conçus de manière à prescrire des normes à peu près équivalentes. Le montant minimum des prestations repose sur le concept d'un bénéficiaire type, dont la définition varie selon les risques couverts. Le Code ne pouvait donc pas spécifier de montant minimum pour les prestations en euros ou en dollars, au lieu de quoi il a dû construire des outils d'évaluation se rapportant au niveau de vie.

En ce qui concerne le seuil de risque de pauvreté, s'il est très élevé à Chypre par rapport au seuil établi par l'Union européenne, c'est parce que l'impôt sur le revenu y est très faible et que les cotisations d'assurance sociale sont parmi les plus faibles d'Europe.

Par ailleurs, le taux de la pension sociale étant de 81 % de la pension minimale versée par la Caisse d'assurance sociale, il est conforme aux normes minimales établies par le Code européen de sécurité sociale. La pension sociale n'est octroyée qu'aux personnes qui satisfont aux critères de résidence applicables et qui n'ont droit à aucune autre pension.

S'agissant des termes « offre d'emploi convenable » et « occasion raisonnable d'emploi convenable » concernant lesquels le Comité a demandé des clarifications, nous tenons à préciser que :

- par « **offre d'emploi convenable** », il faut entendre une offre d'emploi correspondant aux qualifications du chômeur, à son dernier emploi et à son dernier salaire ;
- par « **occasion raisonnable d'emploi convenable** », il faut entendre une situation où l'assuré exerçant une activité professionnelle ne correspondant pas à ses qualifications et a refusé une offre d'emploi correspondant à son dernier emploi et à ses qualifications.

Lorsqu'un chômeur refuse à plusieurs reprises une offre d'emploi correspondant à ses qualifications, les prestations de chômage cessent de lui être versées. Le chômeur peut faire appel de la décision des services d'assurance sociale, mais doit justifier son refus des emplois qui lui ont été proposés. »

132. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 12§1 ESTONIE

Le Comité conclut que la situation de l'Estonie n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte révisée, au motif que les montants des prestations de chômage, des indemnités minimales d'assurance chômage, de la pension nationale, de la pension minimum de vieillesse et de la pension minimum d'invalidité sont manifestement insuffisants.

133. La représentante de l'Estonie fait la déclaration suivante :

« Les Conclusions 2009 ont été traduites en estonien et peuvent être consultées sur le site web du ministère des Affaires sociales. Elles ont été transmises à la direction du ministère des Affaires sociales, aux partenaires sociaux, à la Commission des Questions sociales du Parlement, ainsi qu'au Cabinet du Premier Ministre. Elles seront examinées par les membres de la Commission des Questions sociales du Parlement aussitôt que la réunion du Comité gouvernemental sera terminée.

Le CEDS a conclu que la situation de l'Estonie n'était pas conforme à l'article 12§1 de la Charte, au motif que les montants des prestations de chômage, des indemnités minimales d'assurance chômage, de la pension nationale, de la pension minimum de vieillesse et de la pension minimum d'invalidité étaient manifestement insuffisants. Une conclusion négative avait été formulée concernant les allocations de chômage en 2004, les pensions minimales en 2006, et (pour la première fois) les prestations de chômage en 2009.

Au vu de la première conclusion négative (2004), les autorités estoniennes ont plus que doublé le montant des prestations de chômage. De 400 couronnes par mois en 2004, elles sont passées à environ 1 000 couronnes depuis 2007. A présent, un accord a été trouvé entre les partenaires sociaux et le Gouvernement en vue de

relever encore le montant de ces prestations. Celles-ci représenteront, aux termes dudit accord, 50% au moins du salaire minimum mensuel. Cela signifie qu'au regard des indicateurs actuels, le montant des prestations de chômage devrait à nouveau doubler. La loi sur les services du marché de l'emploi et les allocations, déjà votée par le Parlement et appelée à prendre effet en 2013, a été modifiée en conséquence.

En ce qui concerne les indemnités minimales d'assurance chômage (conclusion négative formulée en 2009), nous avons également passé un accord avec les partenaires sociaux, qui fixe leur taux plancher à 50 % du salaire minimum mensuel. La loi relative à l'assurance chômage qui est entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2009 a, sur la base de cet accord, été modifiée de telle sorte qu'un travailleur à temps partiel puisse lui aussi percevoir des allocations de chômage qui représentent au moins 50% du salaire minimum – pour les travailleurs à temps complet, la prestation ne pouvait pas, auparavant déjà, être inférieure à ce taux. On notera en outre que, pour ce qui est du montant des prestations de l'assurance chômage, l'Estonie satisfait au Code européen de sécurité sociale.

En matière de pensions, l'Estonie remplit également les critères du Code européen de sécurité sociale. Le Gouvernement a cependant estimé que le taux de réajustement des pensions devait être revu à la hausse. Deux modifications, qui ont pris effet au 1^{er} avril 2008, ont été apportées en ce sens à la loi relative à l'assurance pension de l'Etat.

– Il a été décidé de subordonner davantage l'indexation annuelle des pensions aux recettes tirées des charges sociales. Dans la réglementation antérieure, l'indice des pensions était lié pour moitié à l'augmentation annuelle de l'indice des prix à la consommation et pour moitié à l'augmentation annuelle du produit des cotisations au régime des retraites. Dans le nouveau règlement, les recettes provenant de ces cotisations entrent pour une part plus grande dans la revalorisation des pensions : depuis le 1^{er} avril 2008 en effet, l'indice des prix à la consommation ne représente plus que 20% de la valeur de l'indice des pensions, alors que la progression annuelle des recettes tirées des charges sociales représente 80%.

– Il a aussi été jugé particulièrement important de relever le montant de base des pensions, en ce que cela a un impact proportionnellement plus marqué sur les petites retraites. Depuis le 1^{er} avril 2008, le montant de base de la pension est indexé et, de surcroît, la hausse correspondante est multipliée par un coefficient de 1,1. Si d'autres composantes entrent dans le calcul de la pension (composante liée aux années de service ouvrant droit à pension et composante liée à l'assurance), la valeur de chaque année de service ouvrant droit à pension est indexée et la hausse correspondante est en outre multipliée par un coefficient de 0,9. L'application de coefficients additionnels accroît d'année en année la part que représente le montant de base de la pension. En deux ans, ce montant de base a progressé de 30,6%.

La pension nationale, la pension minimum de vieillesse et la pension minimum d'invalidité s'élevaient, à taux plein, à 2009 couronnes (128,41 €) en 2009, chiffre qui traduit une hausse de 27,7% du taux minimum des pensions en l'espace de deux ans. Même en 2009, lorsque la croissance réelle du produit intérieur brut estonien était négative et que le budget du régime d'assurance pension de l'Etat était déficitaire, les pensions – y compris la pension nationale – ont augmenté de 5%.

Une majoration plus forte du taux minimal des pensions compromettrait la viabilité financière dudit régime.

Nous fournirons toutes informations utiles à ce sujet dans notre prochain rapport. »

134. Le représentant de la CES fait observer que toutes ces décisions ont été prises en accord avec les partenaires sociaux, ce qui se doit d'être salué.

135. Le Comité se félicite des progrès réalisés par le gouvernement de l'Estonie et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 12§1 FINLANDE

Le Comité conclut que la situation de la Finlande n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte révisée, au motif que les montants minima des indemnités de maladie et de maternité et celui de la pension nationale pour personne seule sont manifestement insuffisants.

136. Pour ce qui est des montants minima des indemnités de maladie et de maternité, la représentante de la Finlande a appelé l'attention sur le fait que tous les résidents (qu'ils travaillent ou non) ont droit à ces indemnités. Elle souligne la nature exceptionnelle de ce type de situation. Pour apprécier le caractère suffisant des indemnités en question, il faut, dit-elle, tenir compte non seulement de leurs montants, mais aussi de l'étendue de la couverture.

137. Concernant la pension nationale pour les personnes seules, elle fait part au Comité des changements suivants :

- À partir de janvier 2008, le montant de la pension nationale a été relevé de 20,50 Euros ;
- les taux de pension ont été unifiés (abolition de la différence de taux fondée sur le lieu de résidence) en amenant le niveau inférieur au niveau supérieur. Ce changement a concerné 75% des bénéficiaires de pensions nationales.

138. Le Comité prend note des informations fournies et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS sur l'article 12§1 de la Charte révisée.

CSR 12§1 FRANCE

Le Comité conclut que la situation de la France n'est pas conforme avec l'article 12§1 de la Charte révisée au motif que les montants minimums des pensions d'invalidité et de réversion sont manifestement insuffisants.

139. La représentante de la France a fourni par écrit les informations suivantes :

« Les montants minimaux des prestations de retraite et d'invalidité des anciens salariés du secteur privé ne figurant pas dans le 8^e rapport d'application de la France, le Comité européen des droits sociaux les a recherchés dans les tableaux Missoc (année 2007). Sur la base des chiffres trouvés, il a conclu à la non-conformité et, sur base des minima trouvés, il a conclu à la non-conformité des minima relatifs à la pension d'invalidité (« 255,30€ ou 366€ sous conditions de ressources ») et à la pension de réversion de retraite (« 308€ ») au motif que ceux-ci seraient inférieurs à 40% du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de pauvreté établi par Eurostat pour la France (522€ en 2007).

1) En réalité, les minima de ces deux prestations dépassaient très nettement les 40% du revenu médian en 2007 si Ton prend en compte les ressources personnelles des bénéficiaires

1 a) Le montant minimal de la pension de réversion de retraite de base contributive, en réalité 258,58€, peut être porté en fonction des ressources de la personne à un montant maximal mensuel de 621€ (pour une personne seule) par *l'allocation de solidarité aux personnes âgées*, non contributive (pension de retraite complémentaire obligatoire incluse), soit donc environ 44% du revenu médian.

1 b) Le montant minimal de la pension d'invalidité contributive s'élevait effectivement à 225,30€ en 2007. Toutefois, en fonction de ses ressources, ce montant minimal peut être complété par *Y allocation supplémentaire d'invalidité*, non contributive, d'un montant maximum de 366 € ce qui fait 621€, auquel il convient d'ajouter depuis 2007 les compléments qui sont associés à cette prestation soit la *Majoration pour vie autonome* (103,63€), soit le *Complément de ressources* (179,31€), ce qui revient au total à plus de 50 % du revenu médian.

2) Les prestations minimales de retraite sous conditions de ressources devraient également nettement dépasser les 50% du revenu médian en 2012

L'engagement a été pris en 2007 de relever progressivement jusque 2012 le montant de certaines prestations minimales de 25%, soit à terme un montant d'environ 777€ en 2012 au lieu de 621€ en 2007. Cet engagement s'applique à l'Allocation de solidarité des personnes âgées. Il s'applique également aux bénéficiaires de l'Allocation d'invalidité supplémentaire dont le pourcentage d'invalidité est égal ou supérieur à 80 % (montant de prestation minimale porté à celui de l'Allocation aux adultes handicapés).

3) Par ailleurs, le bénéfice d'une aide au logement locatif rapproche (ou rapprochera en 2012) le montant des prestations minimales d'invalidité et de retraite de 60 % du revenu médian

En effet, les personnes dont les revenus sont faibles, et notamment les bénéficiaires de l'ASI et de l'ASPA, peuvent avoir accès à des aides au logement locatif sous réserve de conditions techniques et/ou de ressources *Aide personnalisée au logement* pour les personnes dont les logements font l'objet de prêts aidés par l'Etat en accession à la propriété ou sont conventionnés dans le secteur locatif, *Allocation de logement* à caractère social et *Allocation de logement familiale*. Le montant mensuel moyen de ces différentes prestations est de l'ordre de 200€. »

140. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 12§1 GEORGIE

Le Comité conclut que la situation de la Géorgie n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte révisée au motif que les montants minimums des prestations de vieillesse, d'invalidité et de survivants sont manifestement insuffisants.

141. Le représentant de la Géorgie a fourni par écrit les informations suivantes :

« Le gouvernement a pris d'importantes mesures ayant conduit à une valorisation des pensions et autres transferts sociaux. Les pensions de vieillesse, d'invalidité et de survivant augmentent tous les ans parallèlement à la croissance budgétaire. Actuellement le montant de la pension minimale de vieillesse est de 80 GEL, celui de la pension minimale d'invalidité, de 70 GEL, ce dernier augmentant en fonction de la gravité du handicap. Le montant de la pension de survivants est de 55 GEL. Depuis 2004, la revalorisation moyenne des prestations sociales est d'environ 100%.

Compte tenu de la situation socio-économique du pays, il a été donné un degré de priorité élevé au « Programme d'assistance sociale » dont le but est de réduire l'extrême pauvreté en apportant une aide aux familles qui vivent en deçà du seuil de pauvreté. En 2009, le montant de la prestation mensuelle d'aide sociale ciblée qui complète la prestation de base de 30 GEL par ménage, a doublé, passant de 12 à 24 GEL pour chaque membre de la famille. L'aide sociale ciblée concernait en décembre 2008 131 000 ménages, en avril 2009, 155 000, et en avril 2010, 164 000. Le nombre de bénéficiaires est passé de 400 000 en juillet 2008 à 470 000 en avril 2010.

La part des transferts sociaux dans le PIB est passé de 4,6% en 2007 à 6% en 2008 et, selon les estimations, à 7% en 2009.

Selon les conclusions d'une enquête sur la protection sociale menée par l'UNICEF en juin-juillet 2009, le taux de pauvreté serait de 25,7 % de la population, le taux d'extrême pauvreté de 9,9%. »

142. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 12§1 IRLANDE

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

- le montant minimum des indemnités de maladie est insuffisant ;
- le montant minimum des allocations de chômage est insuffisant ;
- le montant minimum de la prestation de survivant est insuffisant ;
- le montant minimum de la prestation versée en cas d'accident du travail est insuffisant ;
- le montant minimum de la prestation d'invalidité est insuffisant.

Premier, deuxième, troisième, quatrième et cinquième motifs de non-conformité

143. Le représentant de l'Irlande informe le Comité que les autorités de son pays se sont engagées à respecter les normes expressément énoncées à l'article 12§2, et n'entendent pas être liées par une autre norme que viendrait étayer, selon le Comité, l'article 12§1. L'Irlande ne considère pas que le revenu médian ajusté soit un point de référence fiable ; l'indice des prix à la consommation lui paraît être un meilleur outil, y compris en période de récession, et un relèvement des taux des prestations accroîtrait la difficulté à réduire la dépendance sociale en privilégiant l'emploi. Le représentant de l'Irlande déclare que le prochain rapport fournira des informations complémentaires à ce sujet.

144. La représentante de la Hongrie propose que la méthode utilisée par le CEDS pour déterminer le caractère adéquat du niveau minimal des prestations soit examinée et éventuellement revue lors de la réunion conjointe du Comité européen des Droits sociaux et du Comité gouvernemental.

145. Le Comité invite le Gouvernement à communiquer toutes informations utiles dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 12§1 ITALIE

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

- il n'est pas établi que le montant minimum de l'allocation de chômage est suffisant ;
- le montant minimum de la pension minimale de vieillesse contributive est manifestement insuffisant ; ainsi que la pension de survivant calculée sur la base de cette dernière ;
- le montant de l'allocation mensuelle versée aux personnes dont l'invalidité permanente est évaluée à 100% est manifestement insuffisant.

146. La représentante de l'Italie a fourni par écrit les informations suivantes :

Premier motif de non-conformité :

« Le Comité européen des droits sociaux a plusieurs fois demandé d'indiquer le montant minimum de l'indemnité de chômage dont la loi italienne a fixé seulement les montants maximums.

Dans les rapports précédents on avait souligné que, contrairement aux montants maximums, le législateur italien n'a pas jugé nécessaire de donner indications relativement aux montants minimums de l'indemnité de chômage. En considération de tout ce qu'on a expliqué avant, il faut remarquer que les montants indiqués de suite n'ont pas caractère officiel car ils sont le résultat d'une élaboration *ad hoc* menée par l'INPS (Institut National de la Sécurité Social) sur la base des minimums des traitements mensuels bruts, y comprise la treizième mensualité, des ouvriers et des employés du secteur privé.

Anno	Minimale giornaliero lordo	Minimale mensile lordo con tredicesima
	<i>(importi in euro)</i>	
2005	39,94	1.125
2006	40,62	1.144
2007	41,43	1.167

Source : INPS – Coordinamento Generale Statistico Attuariale
Année – Montant minimum par jour – Montant brut par mois avec treizième mensualité – Montants en euros

Dans la période 1 avril 2005-31 décembre 2007 les allocations ordinaires non agricoles de chômage ont été payées selon la proportion suivante:
50% de la rémunération au cours de 6 premiers mois ;
40% durant les 3 mois suivants ;
30% le dixième mois

Trattamento minimo mensile indennità di disoccupazione – triennio 2005-2007 (Ndt Traitement minimum mensuel de l'allocation de chômage – période 2005-2007)

Anno	2005	2006	2007
Periodi indennizzabili	(importi in euro)		
primi sei mesi	563	572	584
successivi tre mesi di disoccupazione	450	458	467
decimo mese di disoccupazione	338	343	350

Source: INPS – Coordinamento Generale Statistico Attuariale
Périodes indemnisables – montants en euros
6 premiers mois
3 mois suivants
dixième mois »

Deuxième motif de non-conformité :

« Le deuxième motif de non-conformité concerne le montant minimum de la pension de vieillesse que le Comité européen des droits sociaux a jugé manifestement insuffisant.

A ce propos on représente ce qui suit. La législation nationale en vigueur en matière de sécurité sociale, qu'on a amplement exposé dans les rapports précédents, établit que l'on peut obtenir la pension de vieillesse en remplissant les conditions requises (âge, cotisations, durée du rapport de travail). Les conditions requises se différencient selon le système de calcul qui peut se baser sur les cotisations, sur les rémunérations ou encore être mixte. Indépendamment du système de calcul utilisé, le montant de la pension est déterminé par la durée du rapport de travail et par les cotisations versées. Au cas où le montant de la pension soit inférieur à ce qu'on considère le « *minimum vital* », ceci serait augmenté jusqu'à atteindre le montant établi par la loi chaque année. Les personnes dont leur revenu annuel imposable est supérieur au montant du traitement minimum mais inférieur à son double ont droit à une intégration partielle. L'intégration complète le revenu jusqu'au montant du traitement annuel qui est égal à deux fois le traitement minimum. Dans le VIII Rapport sur l'article 12 on a indiqué les montants minimums en vigueur dans la période 2005-2007 (420,02€ en 2005, 427,58€ en 2006 et 436,14€ en 2007). Selon l'avis du Comité européen des droits sociaux ces montants sont inférieurs à 40% du revenu médian ajusté (paramètre utilisé par Eurostat pour calculer le seuil de risque pauvreté). Le seuil de risque pauvreté a été estimé par Eurostat à 500 € par mois en 2007. Autrement, en Italie le seuil de risque pauvreté est calculé par l'Istat sur la base d'autres indicateurs, tels que les dépenses moyennes mensuelles des noyaux familiaux. Sur la base des ces indicateurs, un noyau familial est considéré pauvre si son niveau de dépense est inférieur à une certaine valeur. En 2007 le seuil de risque pauvreté pour un noyau familial de deux composants était égal à 986,35 € (493,17 € par tête). Le montant du traitement minimum étant égal à 436,14€ en 2007, il en résulte que celui-ci était légèrement inférieur à la valeur utilisée comme indicateur du seuil de pauvreté. Afin de réduire la distance entre le montant du traitement minimum et le seuil de risque de pauvreté relative déterminée par l'Istat, le Gouvernement italien a progressivement augmenté le montant du traitement minimum dans le but d'aider les familles en condition de pauvreté relative ou absolue à améliorer leur condition en augmentant leur pouvoir d'achat. En effet, en 2009 le montant du traitement minimum était égal à 458,20€ ci-contre le risque de pauvreté relative estimé par l'Istat à 491,50€ mensuel par tête. Bien que le montant du traitement minimum, examiné séparément de la majoration sociale qui le complète, soit inférieur au seuil de risque pauvreté estimé par Eurostat à 500€ par mois, l'allocation sociale comprenant la majoration était supérieure à la valeur que le Comité considérerait comme un revenu suffisant pour assurer un niveau de vie décente. Il faut souligner qu'en 2006 le montant du traitement

minimum comprenant la majoration sociale était égal à 551,35€ et, par conséquent, il était supérieur à la valeur de référence mentionnée par le Comité. A titre de renseignement on représente que la majoration sociale a été étendue aussi aux titulaires de pensions directes (vieillesse, inaptitude, allocation ordinaire d'inaptitude ou incapacité) et aux **survivants**, et quelques fois avec un montant supérieur au traitement minimum, à condition de ne pas dépasser les limites de revenu de façon à assurer aux retraités un revenu minimum annuel. »

Troisième motifs de non-conformité :

« *Relativement au troisième motif de non-conformité concernant le montant de la rente mensuelle que l'INAIL (NdT : Institut National pour l'Assurance contre les Accidents du Travail) verse aux personnes avec un degré d'inaptitude à 100% et que le Comité européen des droits sociaux avait jugé insuffisant, on représente ce qui suit.*

Dans le rapport sur l'article 12, on avait précisé que l'INAIL verse une *rente mensuelle* au travailleur assuré présentant un degré d'inaptitude au travail compris entre 11% et 100%. En cas d'inaptitude permanente absolue suite d'infirmités qu'imposent une assistance continue, la rente est complétée par une allocation mensuelle pour l'assistance individuelle et continue, comme établi par le Decreto del Presidente della Repubblica 30 aprile 1965, n. 1124, « *Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali* » (NdT : Décret du Président de la République 30 avril 1965, n. 1124 « *Texte Unique des dispositions contre les accidents du travail et les maladies professionnelles* ») et modifications suivantes¹. Le montant de 415,13€ contenu dans les Conclusions 2009 et jugé inférieur au seuil de pauvreté relative calculé par Eurostat, se réfère, en réalité, à la susmentionnée allocation pour l'assistance individuelle et continue en vigueur à compter du 1^{er} juillet 2006. En considération de ce qu'on a exposé avant, on confirme que l'allocation en question est partie intégrante de la rente mensuelle versée au travailleur avec un degré d'inaptitude à 100% et, par conséquent, il ne s'agit pas d'un traitement à part. En 2007 le montant de la rente mensuelle pour inaptitude permanente à 100% - y comprise l'allocation pour l'assistance individuelle et continue dont le montant avait été réévalué au cours du même année - était égal à 1.373,51€ pour le secteur industriel et à 1.429,88 € pour le secteur agricole. Dans la même période, les montants des allocations continues mensuelles en cas d'inaptitude comprise entre 90 et 100% pour les secteurs industriel et agricole étaient égaux, respectivement, à 950,76€ et à 1.007,70€. »

147. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 12§1 LITUANIE

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

- le montant minimum des prestations d'assurance chômage est manifestement insuffisant ;
- le montant de la pension de vieillesse de base versée au titre de l'assurance sociale nationale est manifestement insuffisant.

Premier et deuxième motifs de non-conformité

148. Après avoir souscrit aux préoccupations communes susmentionnées, la représentante de la Lituanie fait observer que durant la période de référence des mesures ont été prises pour améliorer la situation, mais qu'elles n'ont pas été suffisamment soulignées dans le rapport. La nouvelle Loi relative à l'assurance sociale chômage (entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2005) a complètement réformé le service de l'allocation de chômage dont le montant jusque-là forfaitaire est calculé depuis en fonction du salaire perçu précédemment par le bénéficiaire. Si l'ancienne allocation, dont le montant oscillait entre 135 LTL et 250 LTL, était essentiellement basée sur le revenu national garanti, le montant de la nouvelle prestation est déterminé en fonction de deux éléments : 40% du précédent revenu assuré du bénéficiaire, d'une part, et le revenu national garanti, d'autre

¹ Legge 10 maggio 1982, n. 251 "Norme in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali" ("Normes en matière d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles")

part. La nouvelle prestation est également servie plus longtemps que l'ancienne, qui était versée pendant une durée maximale de six mois.

La nouvelle prestation (revenu national garanti plus 40% du précédent revenu assuré du bénéficiaire) est servie dans son intégralité pendant trois mois. Le bénéficiaire perçoit ensuite, pendant une période de trois ou six mois, selon la durée de cotisation, 20% du précédent revenu assuré plus le revenu national garanti.

Le montant minimal de la nouvelle prestation est passé de 140 LTL en 2005 à 212,5 LTL en 2007, ce qui représente une hausse de près de 60% par rapport au montant minimal de l'ancienne allocation. Quant au montant moyen de la nouvelle prestation, il est passé de 312,3 LTL en 2005 à 464,6 LTL en 2007. Il est donc près de 90% supérieur au montant maximal de l'ancienne allocation.

149. La prestation de chômage d'un montant minimum n'est toutefois servie qu'exceptionnellement, uniquement lorsque l'intéressé ne justifie pas de la durée d'assurance requise pour pouvoir prétendre au bénéfice de la prestation ordinaire, à savoir 18 mois de cotisation au cours des trois années précédant la période de chômage. Le montant de cette prestation est alors très faible, parce qu'il ne comprend pratiquement qu'une des deux composantes de la prestation, le revenu national garanti.

150. La représentante de la Lituanie rappelle en outre qu'en 2008, dans le contexte du Code européen de sécurité sociale, un expert du Conseil de l'Europe a conclu, à titre préliminaire, que la prestation de chômage servie en Lituanie en 2007 était conforme aux exigences du Code.

Elle considère par ailleurs qu'il y a eu un malentendu concernant la pension de base, qui n'est que l'une des composantes de la retraite, à côté du revenu assuré, du salaire et de la durée de cotisation. Le législateur ne fixe pas de montant minimum pour la pension de vieillesse, mais puisque son calcul prend en compte deux autres éléments, il sera forcément supérieur à celui de la pension de base.

151. La représentante de la Lituanie mentionne également le dernier rapport, qui souligne que deux éléments essentiels de la pension (la pension de base et le revenu assuré) ont été constamment revalorisés au cours de la période de référence, compte tenu des capacités financières du pays. Par conséquent, les pensions ont toutes constamment augmenté, elles aussi. Le montant de la pension de vieillesse de base servie au titre de l'assurance sociale nationale est passé d'environ 172 LTL (50 EUR) au 1^{er} janvier 2005, et non de 58 EUR (200 LTL) comme indiqué dans les Conclusions 2009, à environ 266 LTL (77 EUR). Pour l'année en cours, le revenu assuré est passé de 990 LTL à 1 356 LTL.

152. Le représentant de la CES demande quelques éclaircissements supplémentaires, notamment des données chiffrées sur le pourcentage de retraités vivant sous le seuil de pauvreté et son évolution – à la hausse ou à la baisse. Ces chiffres ne sont pas disponibles durant la réunion.

153. Le Comité se félicite de la réforme de la prestation de chômage et prend note des efforts déployés par l'Etat pour augmenter le montant de la pension de base. Il invite le gouvernement de la Lituanie à fournir dans son prochain rapport des informations et données chiffrées qui permettent au CEDS d'apprécier correctement la situation. Entre-temps, il décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 12§1 MALTE

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

- les montants des prestations maladie pour une personne seule, de l'allocation de chômage ainsi que de l'allocation spéciale de chômage pour une personne seule sont manifestement insuffisants ;
- la durée de service des allocations de chômage est trop courte.

Premier et deuxième motifs de non-conformité

154. Le représentant Malte indique qu'un groupe de travail a été chargé en 2007 de passer au crible toutes les prestations et de déterminer si elles restent, aujourd'hui encore, valables. Il précise que le groupe devrait remettre son rapport au Cabinet en juin 2010.

155. Le Comité invite le gouvernement de Malte à fournir des informations et données chiffrées qui permettent au CEDS d'apprécier correctement la situation dans son prochain rapport. Entre-temps, il décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS relative à l'article 12§1 de la Charte révisée.

CSR 12§1 MOLDOVA

Le Comité conclut que la situation de la Moldova n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte révisée pour les motifs suivants :

- rien ne permet d'établir le caractère suffisant des prestations de sécurité sociale ;
- le caractère raisonnable de la durée de versement des indemnités de chômage n'a pas été établi.

Premier et deuxième motifs de non-conformité

156. La représentante de la Moldova a fourni par écrit les informations suivantes :

« Taux de remplacement

Les données statistiques concernant la couverture de la population pour toutes les branches de la sécurité sociale ainsi que le montant des prestations sont présentées dans les tableaux annexés.

Mesures entreprises par le Gouvernement dans le cas de retard ou de refus des employeurs de payer les contributions des assurances sociales.

La Loi du budget des assurances sociales d'Etat pour 2010 n 129-XVIII du 23 décembre 2009 établit des sanctions appliquées aux contribuables au budget des assurances sociales d'Etat pour: le non-paiement à temps de la contribution des assurances sociales d'Etat, la diminution des taux de contribution, la diminution ou dissimulation de la base de calcul des contributions.

Dans le cas de non-paiement dans les délais établis des contributions dues au budget des assurances sociales d'Etat, les organes du Service Fiscal d'Etat procède à l'application des mesures d'exécution forcée, en conformité avec la législation fiscale.

De cette façon, en vue d'amortir les dettes enregistrées par le contribuable au budget des assurances sociales d'Etat, les inspecteurs fiscaux territoriaux ont le droit d'entreprendre des mesures de mesures d'exécution forcée en :

- encaissant des moyens financiers des comptes bancaires du contribuable, à l'exception de comptes de crédit et des comptes provisoires (d'accumulation des moyens financier pour la formation ou l'augmentation du capital social);
- encaissant des moyens financiers en espèces du contribuable ;
- en mettant sous séquestre les biens du contribuable, leurs vente ou enlèvement.

En même temps, en vue d'amortir l'obligation fiscale, l'organe fiscal émet des dispositions sur la suspension des opérations avec des comptes bancaires des contribuables débiteurs.

Pour assurer la collection intégrale des contributions des assurances d'Etat, le Service Fiscal d'Etat élabore un plan annuel de collection des arriérés par rapport au budget public national, y compris par rapport au budget des assurances sociales d'Etat, qui permet d'estimer le montant des arriérés à encaisser.

Au cours de l'année les inspectats fiscaux territoriaux tiennent aussi des réunions de travail avec la participation des représentants de l'administration publique locale et des caisses territoriale des assurances sociale en vue d'auditer les employeurs qui ont admis des arriérés par rapport au budget public national, y compris au budget des assurances sociales d'Etat. En même temps, les organes fiscaux territoriaux organisent avec les représentants des caisses territoriales des assurances sociales des séminaires sur terrain ayant comme but d'effectuer le travail d'encaissement des arriérés enregistrés des personnes physiques – propriétaires des terrains agricole set des fermes.

L'aide-chômage et la durée de paiement pour ceux qui contribuent moins de cinq ans.

L'accès des chômeurs à l'aide-chômage est régi par la Loi n 102 - XV du 13 mars 2003 sur l'emploi et la protection social des chercheurs d'emplois. En vertu de l'article 33 de la Loi les chômeurs bénéficient d'aide-chômage s'ils accomplissent de manière cumulative les conditions suivantes :

- a) ils sont enregistrés a l'agence de la région territoriale de leur domicile ;
- b) ils ont travaillé et ont une ancienneté de cotisation au système des assurances sociales d'Etat d'au moins 6 mois des derniers 24 mois de calendrier précédent la date d'enregistrement.
- c) ils n'ont pas de revenus imposables en conformité avec la loi.

La durée de paiement d'aide-chômage pour ceux qui contribuent moins de 5 ans

En vertu de l'article 33 de la Loi n 102-XV du 13 mars 2003 les chômeurs bénéficient d'aide-chômage pendant une période qui est fixée de manière différenciée, en fonction de la durée de cotisation :

- a) 6 mois de calendrier, dans le cas de la durée de cotisation de jusqu'à 5 ans, mais au moins 6 mois ;
- b) 9 mois de calendrier, dans le cas de la durée de cotisation de 5 a 10 ans ;
- c) 12 mois de calendrier, dans le cas de la durée de cotisation de plus de 10 ans.

Si les chômeurs disposent d'une période de temps où ils peuvent refuser l'offre d'emploi au motif que celui-ci ne correspond pas a leurs exigences ou a leur expérience professionnelle.

Les chômeurs-bénéficiaires d'aide-chômage ne reçoivent que les offres d'emplois qui correspondent a la formation professionnelle, a l'expérience dans la profession en cause. Aux termes de la Loi 102/2003 un emploi correspondant est considéré un emploi qui corresponde a la formation professionnelle, a l'ancienneté et a l'expérience dans cette profession. A l'état de sante de la personne, situe a une distance acceptables de domicile, qui garantie un salaire mensuel égale d'au moins au salaire minimal officiel. En vertu de l'article 39 lit.d) de la Loi la cesse de paiement de l'aide-chômage a lieu de la date du refus non-fonde de placement correspondant, offert par l'Agence. Dans le cas ou l'Agence de l'emploi ne peut offrir un emploi correspondant le chômeur bénéficierait de l'aide-chômage pendant toute la période prescrite par la loi.

Pension minimale accordée aux personnes assurées.

En vertu de la Loi n 156-XIV du 14.10.1998 sur les pensions d'assurances sociales d'Etat, la pension minimale représente un montant accorde mensuellement a des personnes, dont le montant de la pension intégrale, calcule en conformité avec la présente Loi est sous le montant de la pension minimale.

Dans le cas ou le montant de la pension calcule pour une ancienneté de 30 ans est moins que le montant de la pension minimale, la pension minimale est accordée. Dans le cas ou la pension calculée pour une durée de cotisation incomplète est sous le niveau de la pension minimale, l'assurée recevra une pension calcule qui ne peut pas être sous le niveau de la pension minimale diminuée proportionnellement a la durée de cotisation réalisée.

En conformité avec la Décision du Gouvernement n 202 du 19.03.2010 sur l'indexation des prestations des assurances sociales d'Etat, a partir 1 avril 2010 le montant de la pension minimale indexée constitue:

- 529,37 lei – montant de la pension de vieillesse pour les agriculteurs ;
- 594,62 lei – montant de la pension de vieillesse pour les autres bénéficiaires des pensions de vieillesse ;
- 423,02 lei – montant de la pension d'invalidité catégorie I ;
- 408,50 lei – montant de la pension d'invalidité catégorie II ;
- 287,64 lei – montant de la pension d'invalidité catégorie III. »

157. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 12§1 PORTUGAL

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

- les informations fournies concernant les indemnités de maladie ne permettent pas d'établir leur caractère suffisant ;
- les montants minima mensuels des pensions d'invalidité et de vieillesse servies aux personnes justifiant de moins de quinze années de cotisations et aux affiliés au régime spécial de sécurité sociale des professions agricoles ainsi que ceux des pensions des régimes non contributifs et assimilés sont manifestement insuffisants ;
- rien ne permet d'établir le caractère suffisant des montants minima mensuels des pensions d'invalidité et de vieillesse servies aux personnes justifiant de quinze à trente années de cotisation.

Premier motif de non-conformité

158. La représentante du Portugal souligne que depuis 2005 les règles régissant la protection sociale en cas de maladie ont été modifiées, Mais elle reconnaît que les informations données en la matière dans le rapport auraient pu être plus précises. Elle promet qu'il sera fait des efforts en ce sens dans le rapport suivant. Elle souligne la très grande complexité de ces règles, vu la prise en compte de tout un ensemble de facteurs, entraînant une variation du montant des indemnités de 65% à 100% du salaire de référence. Elle appelle l'attention sur le principe de base du système : le montant de l'indemnité de maladie est proportionnel au degré de gravité de la maladie. Elle souligne toutefois également que pour prévenir les abus, l'évaluation de la gravité de la maladie sera dorénavant régie par des critères plus stricts.

159. Elle explique que le montant minimum de l'indemnité de maladie correspond aux 30% du dispositif d'indexation de la protection sociale. Elle précise que l'index en question n'est basé que partiellement sur le salaire minimum, car d'autres critères entrent en jeu, tels que l'évolution économique et la pérennité du dispositif. Elle indique qu'en règle générale le montant minimal de l'indemnité (30% du système d'indexation de la protection sociale) ne s'applique qu'au travail à temps partiel.

160. A la demande du représentant de la CES, il est rappelé qu'au Portugal le seuil de risque de pauvreté est de 377 Euros par mois. La représentante du Portugal reconnaît que le salaire minimum est très bas dans son pays, mais fait état de la prise de mesures de revalorisation.

161. Pour la représentante de l'Estonie, le Comité pourrait prendre acte du fait que le Portugal est conscient de la nécessité d'améliorer la situation et que le Gouvernement a pris des mesures à cet effet. Etant donnée la faiblesse du salaire minimum, elle conçoit qu'il faille du temps pour revaloriser les indemnités. Le montant de celles-ci devrait figurer dans le prochain rapport.

162. La représentante de la Lituanie demande s'il serait possible d'indiquer le montant minimal de l'indemnité de maladie. C'est possible, lui dit-on, et ce sera fait. Le représentant de la CES demande s'il est possible d'indiquer également le montant de l'indemnité journalière. La représentante du Portugal explique que ceci sera en revanche beaucoup plus compliqué, puisque ce montant en question est fonction de la rémunération de l'intéressé.

163. Rappelant que la situation du Portugal est conforme à l'article 12§2 de la Charte révisée, la représentante de la République tchèque dit ne pas comprendre que la situation puisse être jugée non conforme sous l'angle de l'article 12§1. Elle estime que ces conclusions prêtent à controverse et considère que si l'on s'en tient à une interprétation

littérale des deux dispositions, il apparaît clairement que l'article 12§2 (niveau satisfaisant du régime de sécurité sociale) va au-delà de ce qu'exige l'article 12§1 (simple existence d'un régime de sécurité sociale). Les représentants de la Lituanie et de la Fédération de Russie partagent ce point de vue quant à l'interprétation littérale des paragraphes 1 et 2 de l'article 12.

164. Le Secrétariat fait observer que le CEDS explique déjà depuis quelque temps qu'il ne faut pas voir dans les trois premiers paragraphes de l'article 12 trois étapes progressives. Ils poursuivent chacun un objectif différent et distinct, à savoir :

- aux termes du paragraphe 1, il doit être établi et maintenu un régime de sécurité sociale. on considère qu'un régime de sécurité sociale est effectivement en place, si : (i) il couvre une proportion importante de la population ; (ii) il repose sur un financement collectif ; (iii) il couvre les risques sociaux jugés essentiels ;(iv) il sert des prestations appropriées (c'est-à-dire garantissant un niveau de vie décent) ;
- aux termes du paragraphe 2, le niveau global du régime de sécurité sociale doit être satisfaisant (c'est-à-dire au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale – niveau établi sur la base du montant moyen des indemnités) ;
- aux termes du paragraphe 3, le système de sécurité sociale doit être porté progressivement à un niveau plus haut. A cet égard, il est rappelé que des progrès peuvent être constatés, même si le régime en question n'atteint pas les niveaux requis aux termes des deux premiers paragraphes de l'article 12. Il est précisé que l'article 12§3 ne présuppose pas l'existence d'un système de sécurité sociale d'un niveau plus élevé que celui exigé au titre des articles 12§1 ou 12§2.

165. Pour ce qui est de l'interprétation littérale de la Charte, le Secrétariat souligne que l'interprétation des traités ne saurait s'arrêter à leur libellé. Elle doit aussi tenir compte de l'intention des auteurs du texte.

166. Pour ce qui est de l'intention derrière l'article 12§1, le Secrétariat demande qui pourrait dire qu'un pays est doté d'un régime de sécurité sociale, lorsque l'indemnité que perçoit un travailleur en cas de maladie ne lui permet pas de vivre décemment. Pour garantir une vie décente, le CEDS considère que le niveau des prestations servies en remplacement d'un revenu doit toujours être raisonnablement en rapport avec le salaire en question ; il ne doit en aucun cas être inférieur au minimum vital. Pour le CEDS, ceci est réputé être le cas, lorsque le montant desdites prestations est supérieur à 50 % du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté établi par Eurostat. Lorsque le montant minimum des prestations est inférieur à 40% dudit seuil, il considère qu'il est manifestement insuffisant.

167. Les représentants de l'Estonie et de la France reconnaissent que dans ce cas en effet les conditions de vie ne sauraient être qualifiées de satisfaisantes.

168. Le Comité invite le Gouvernement portugais à fournir toutes les informations et données chiffrées qui permettront au CEDS d'apprécier correctement la situation dans son prochain rapport. Entre-temps, il décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS relative à l'article 12§1 de la Charte révisée.

169. La représentante du Portugal a fourni par écrit les informations suivantes :

Deuxième et troisième motifs de non-conformité

« Le quatrième rapport national faisait état de certains ajustements des prestations maladies, tels que prévus par le décret-loi 146/2005 en vue d'assurer un meilleur soutien des intéressés en cas de maladie.

En vertu de ces nouvelles dispositions, le montant de l'indemnité maladie correspond à :

- 65% des revenus en cas de maladie temporaire pour une période d'une durée égale ou inférieure à 90 jours ;
- 70% des revenus en cas de maladie temporaire pour une période d'une durée supérieure à 90 jours et inférieure à 365 jours ;
- 75% des revenus en cas de maladie temporaire pour une période d'une durée supérieure à 365 jours ;
- 80% ou 100% des revenus en cas de maladie consécutive à des maladies infectieuses comme la *tuberculose* (en fonction de la taille de la famille du bénéficiaire : nombre de membres qui la composent).

Le montant de l'indemnité est calculé à partir du pourcentage susmentionné du revenu de référence selon la formule R/180, dans laquelle

R = la totalité des revenus enregistrés dans les six mois précédant la maladie

180 = 30 jours x 6 mois.

Le montant de l'indemnité de maladie est limité :

- Montant minimum : 30% de la valeur de référence de l'IAS ou de la rémunération de référence, si celle-ci est inférieure à l'IAS. L'IAS est fixé chaque année par règlement gouvernemental.
- Montant maximum : la valeur de la rémunération de référence.

Selon le Compte national des dépenses publiques, le montant moyen de l'indemnité journalière de maladie était de 13 € en 2006, de 13,5 € en 2007 et de 13,9 € en 2008.

1. Caractère insuffisant des montants minima mensuels des pensions d'invalidité et de vieillesse servies aux personnes justifiant de moins de quinze années de cotisations et aux affiliés au régime spécial de sécurité sociale des professions agricoles (RESSAA)

Les montants des pensions d'invalidité et de vieillesse servies au Portugal aux personnes justifiant de moins de quinze années de cotisations et aux affiliés du RESSAA, ainsi que ceux des pensions des régimes non contributifs sont faibles. En effet, ces indemnités sont inférieures à 350€ - le seuil de risque pauvreté établi par EUROSTAT – mais les pouvoirs publics se sont employés à améliorer la protection des intéressés par une revalorisation annuelle des indemnités supérieure au taux de l'inflation.

Entre 2006 et 2008, les indemnités ont été revalorisées comme suit :

	2006	2007	2008
<15 années	223,24 €	230,16 €	236,47 €
RESSAA	206,07 €	212,46 €	218,29 €
Régime non contributif	171,73 €	177,05 €	181,91 €
Pourcentage de revalorisation			
	2007/2006		2008/2007
<15 années	3,1 %		2,7 %
RESSAA	3,1 %		2,7 %
Régime non contributif	3,1 %		2,7 %

Il importe de rappeler la mise en place en 2006 du Complément solidarité pour les personnes âgées (CSI) par le Décret-loi N° 232/2005 et 151/2009 en vue de lutter contre la pauvreté parmi la population âgée.

Le CSI vient s'ajouter à la pension de vieillesse pour garantir un revenu minimum aux personnes à faibles revenus (en 2007, 4 338,60€ par an pour une personne seule et 7 592,50€ pour un couple, en 2008, 5 022€ et 8 788,50€ respectivement).

2. Absence d'éléments permettant d'établir le caractère suffisant des montants minima mensuels des pensions d'invalidité et de vieillesse servies aux personnes justifiant de plus de quinze et de moins de trente années de cotisation.

Le montant des pensions d'invalidité et de vieillesse est faible également pour les personnes justifiant de plus de 15 et moins de 30 années de cotisations et vivant en –deçà du seuil de risque de pauvreté établi par EUROSTAT. Il est néanmoins supérieur à celui des pensions servies au titre des régimes non contributifs et RESSAA susmentionnés.

Entre 2006 et 2008, la revalorisation de ces indemnités a été supérieure au taux d'inflation, à savoir :

	2006	2007	2008
15- 20 ans	249,00 €	256,72 €	263,76 €
21- 30 ans	274,76 €	283,28 €	291,05 €
Pourcentage de revalorisation			
	2007/2006		2008/2007
15- 20 ans	3,1 %		2,7 %
21- 30 ans	3,1 %		2,7 %

Le prochain rapport présentera des informations plus détaillées sur les prestations de vieillesse et d'invalidité. »

170. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 12§1 ROUMANIE

Le Comité conclut que la situation de la Roumanie n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte révisée, au motif qu'il n'est pas établi que le niveau des prestations de vieillesse, de survivants et d'incapacité de travail soit suffisant.

171. La représentante de la Roumanie indique qu'en 2008-2009, des changements ont été apportés à la loi n° 19/2000 relative au régime public des pensions et autres droits d'assurance sociale. Aux termes de la loi n° 11/2008, une pension d'invalidité peut être servie, quelle que soit la durée de cotisation, en cas de problèmes médicaux graves tels qu'une néoplasie ou le sida.

172. De même, le barème des pensions de ceux qui ont connu des conditions de travail particulières (1^e et 2^e catégories) au regard de la législation en vigueur avant le 1^{er} avril 2001 a été majoré, les intéressés bénéficiant d'un nombre supplémentaire de points de pension. Les hausses ont été opérées progressivement, en prenant en compte l'année du départ à la retraite.

173. Depuis février 2009, les autorités roumaines ont mis en place une pension sociale minimale garantie, qui a été coulée dans la loi n° 196 du 29 mai 2009. L'instauration de ce droit a permis d'améliorer le niveau de vie des retraités et d'éviter ainsi l'exclusion sociale d'une partie des allocataires du régime public des pensions, qui forment une frange défavorisée de la population dans le contexte de la crise économique actuelle. L'intervenante explique ensuite les catégories de bénéficiaires et les critères d'octroi de la pension sociale minimale garantie.

174. La représentante de la Roumanie donne également un certain nombre d'informations sur les risques couverts, le financement des prestations et le champ d'application personnel du régime public des pensions, ainsi que sur le caractère adéquat des prestations.

175. Le Comité invite le Gouvernement à communiquer toutes informations utiles dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 12§1 SLOVENIE

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

- le montant minimum des prestations de maladie est manifestement insuffisant ;
- le montant minimum des prestations de chômage est manifestement insuffisant ;
- le montant minimum des prestations de vieillesse est manifestement insuffisant ;
- le montant minimum des prestations d'invalidité est manifestement insuffisant ;
- le montant minimum des prestations de survivant est manifestement insuffisant.

Premier, deuxième, troisième, quatrième et cinquième motifs de non-conformité

176. La représentante de la Slovénie a fourni par écrit les informations suivantes :

« Principes de réciprocité et de solidarité

Le système d'assurance pension et invalidité est fondé sur les principes de réciprocité et de solidarité, qui garantissent aux assurés une sécurité financière et sociale en échange du paiement de cotisations déterminées en fonction de leurs capacités ; les assurés peuvent ainsi faire valoir leurs droits dès lors qu'ils remplissent les conditions requises. L'assuré qui prolonge sa période d'assurance obligatoire et est plus âgé au moment de l'ouverture de son droit à pension bénéficiera d'une pension de vieillesse proportionnellement plus élevée. A l'inverse, une durée d'assurance obligatoire moins longue se traduira par une pension moins élevée.

La sécurité financière et sociale est également garantie à tous ceux qui, pour des raisons objectives, ne peuvent obtenir un niveau général de protection sociale suffisant par leurs cotisations et au vu de leur situation. La sécurité sociale repose sur des mesures correctives dans le cadre du régime d'assurance obligatoire, qui permettent d'offrir à leurs bénéficiaires un revenu comparable aux assurés actifs et d'empêcher ainsi leur exclusion sociale. Il s'agit en particulier du « droit à une pension déterminée sur la base d'un taux minimal » et du « droit à un complément de pension minimale ».

Droit à une pension déterminée sur la base d'un taux minimal

Les principes de réciprocité et de solidarité trouvent leur expression dans le système des taux de pensions minima et maxima, dont le montant est fixé par la loi. L'assuré qui peut prétendre à l'ensemble des droits garantis et qui justifie de la durée d'affiliation requise, mais dont le montant de la pension, lorsqu'il est calculé sur la base de son salaire ou selon les barèmes prévus par la caisse d'assurance, n'atteint pas le montant dont il aurait bénéficié s'il avait été calculé sur la base du taux minimal a droit, en vertu de la loi, à ce que sa pension soit calculée sur la base de ce taux minimal.

Quel que soit leur niveau de couverture par l'assurance et leur durée de cotisation, tous les assurés ont droit à une pension de vieillesse d'un montant au moins égal à 35% du taux minimal servant de base au calcul de la pension (pension minimale). Le taux de 35% est celui retenu pour les assurés ayant accompli les quinze premières années de cotisation, c.-à-d. la période d'assurance minimale pour pouvoir prétendre à sa propre pension en Slovénie. Au-delà de quinze années de cotisation, une majoration de 2% est appliquée pour chaque année de cotisation supplémentaire avant le 1^{er} janvier 2000, et de 1,5% pour chaque année de cotisation supplémentaire après le 1^{er} janvier 2000.

On notera cependant que, si une pension calculée selon la durée de cotisation et les barèmes applicables dépasse le montant auquel l'assuré aurait droit si sa pension était déterminée sur la base du taux maximal, le montant de sa pension sera établi à partir de ce taux maximal. Les cotisations versées en sus seront donc soumises à l'impôt.

En 2007, le taux minimal servant de base au calcul des pensions représentait environ **57,1%** du salaire net moyen, soit 476,54€ (salaire mensuel moyen en 2007 : 834,50€ net et 1 284,79€ brut). Conformément à la loi, le taux maximal équivaut à quatre fois le taux minimal.

Complément de pension minimale

Le complément de pension minimale est une mesure sociale corrective visant à améliorer la sécurité matérielle des titulaires de pensions minimales (pensions de vieillesse, d'invalidité, de survivant ou de veuvage) couverts pour l'ensemble des droits prévus par le régime d'assurance obligatoire.

L'admission au bénéfice du complément de pension minimale dépend de la situation matérielle du titulaire de la pension et des membres de son foyer. Son montant correspond à un certain pourcentage (de 60 à 100%) déterminé en fonction de sa durée de cotisation à l'assurance pension (de 15 à 35 ans) (pension de vieillesse et d'invalidité) et du nombre de membres que compte son foyer (pension de veuvage ou de survivant), à partir de la différence entre le montant servant de base au calcul du complément et la pension du bénéficiaire.

Ainsi, tous les titulaires d'une pension minimale ont droit à ce complément. Celui-ci n'est donc pas destiné aux titulaires de pensions dont la protection sociale et celle des membres de leur foyer n'est pas menacée en dépit de leurs faibles revenus !

En février 2008, date d'entrée en vigueur de la nouvelle loi relative au complément de pension minimale (ZVarDod), le droit audit complément a cessé d'être régi par la législation sur les pensions ; ce droit relève à présent d'un texte distinct. La loi précitée a défini une nouvelle base (plus élevée) de calcul du complément de pension minimale (montant marginal), qui correspond désormais à 81,6% du taux servant de base au calcul de la pension minimale.

Depuis l'adoption de la loi, le complément de pension minimale est à nouveau réajusté dans les mêmes conditions que les pensions ; en 2007, la loi relative aux ajustements des prestations servies aux foyers d'une ou plusieurs personnes en République de Slovénie (ZUTPG) avait cependant décrété que le complément de pension minimale serait indexé sur l'inflation. Ainsi, l'ajustement de cette prestation n'a pas suivi celui des pensions, qui ont été revues à la hausse, conformément à ce que prévoyait la loi relative à l'assurance pension et invalidité (ZPIZ-1). Le montant du complément a diminué et certains en ont même perdu le bénéfice. L'entrée en vigueur de la loi ZUTPG en 2007 a fait que 1 775 personnes ont perdu leur droit au complément de pension minimale. En décembre 2007, le nombre de ses bénéficiaires s'établissait à 43 658 personnes, alors qu'il était de 46 612 en décembre 2008.

De même, la loi relative au complément de pension minimale garantit une protection sociale à ceux qui, outre leur propre pension de vieillesse ou d'invalidité, ont droit à une pension de veuvage ou à une pension complémentaire octroyée par d'autres Etats de l'ex-Yougoslavie. Les titulaires d'une pension propre qui, dans le même temps, remplissent les conditions pour bénéficier d'une pension de veuvage et dont la somme des deux pensions est inférieure au montant marginal ont droit à ce que leur pension de veuvage soit calculée sur la base d'un montant au moins équivalent au montant marginal. Les bénéficiaires qui décident de toucher leur propre pension (et la pension de veuvage) peuvent également prétendre au complément de pension minimale. Ils ont donc droit en principe à une pension calculée sur la base du montant marginal, dont le niveau est suffisant pour subvenir à leurs besoins.

INDEMNITES DE CHOMAGE

Nous considérons que la méthode retenue par le Comité n'est pas appropriée (selon ses calculs, les travailleurs qui perçoivent le salaire minimum bénéficient de l'allocation minimale, ce qui n'est pas le cas).

Le montant des prestations servies à ceux payés **au plus bas de l'échelle** (salaire minimum garanti par l'Etat conformément à la réglementation applicable à l'ensemble des travailleurs à temps plein) est calculé comme suit :

- salaire minimum (brut) en 2009 = 597€
- montant de base utilisé pour le calcul de l'allocation = 597€
- 70% du montant servant de base au calcul de l'allocation = 70% de 597 € = **417€ (montant net : 272€)**
- salaire minimum (brut) en 2007 = 521€
- montant de base utilisé pour le calcul de l'allocation = 521€
- 70% du montant servant de base au calcul de l'allocation = 70% de 521€ = **364€ (montant net : 23 €)**

Le taux de remplacement des revenus est de 70%. A cela s'ajoutent les prestations familiales (selon la tranche de revenus), ainsi que des prestations d'assistance sociale en espèces (pour ceux dont les ressources sont inférieures à un certain seuil) ; le montant de ces dernières est donc même supérieur à celui indiqué ci-dessus, et la conclusion du Comité européen des Droits sociaux est incorrecte.

Par ailleurs, il est à souligner que l'allocation minimale n'est servie qu'à ceux qui ne travaillaient pas à temps plein (soit 1,3 % des bénéficiaires selon les données du Service de l'emploi).

PRESTATIONS DE MALADIE

Aux termes de l'article 31 de la loi relative à l'assurance maladie et aux soins de santé, le montant des prestations de maladie est calculé en fonction du salaire mensuel moyen et des indemnités perçues

par l'assuré, ou du montant moyen ayant servi au calcul des cotisations pendant l'année civile qui a précédé celle au cours de laquelle s'est produit l'arrêt de travail temporaire.

Le montant des prestations s'élève à :

- 100% de la base de calcul si l'arrêt de travail est dû à une maladie professionnelle, à un accident du travail, à une transplantation de tissus ou d'organes vivants au profit d'autrui, aux suites d'un don du sang ou à une mise en quarantaine prescrite par un médecin ;

- 90% de la base de calcul si l'arrêt de travail est dû à une maladie ;

- 80% de la base de calcul si l'arrêt de travail est dû à un accident survenu en dehors du travail ou à une prise en charge ou une assistance à un membre de la famille ordonnée par un médecin.

Les invalides de guerre civils et militaires ont droit à des prestations équivalant à 100% de la base de calcul, même dans les cas visés au deuxième et au troisième alinéa du paragraphe précédent.

Le montant des prestations ne peut être ni inférieur au salaire garanti, ni supérieur au salaire que l'assuré aurait perçu s'il avait travaillé, ou au montant de base pour lequel l'intéressé est assuré pendant l'arrêt de travail.

DONNEES FOURNIES PAR LA CAISSE D'ASSURANCE MALADIE SLOVENE (ZZZS)

1) En 2009, 39 assurés ont perçu, lors d'un arrêt de travail, une indemnité mensuelle servie en remplacement de leur salaire d'un montant brut inférieur ou égal à 237,73 € (pour 160 heures ou plus). Cette faible indemnité a été versée auxdits assurés pendant 3,28 mois en moyenne.

2) La Caisse d'assurance maladie slovène a versé ou remboursé plus de 209 millions d'euros d'indemnités de maladie, tous motifs d'absence confondus, à des personnes admises à bénéficier d'un arrêt de travail dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2009. Les indemnités ont été servies à 173 658 assurés, pour une durée de 27,27 jours ouvrables par personne en moyenne. L'indemnité mensuelle moyenne versée aux assurés a été de 827,45 € (brut). Les montants exacts, calculés en fonction des motifs d'absence sont présentés dans un document joint en annexe [en langue slovène, non reproduit ici] (les écarts dans les montants sont extrêmement importants selon les motifs de l'arrêt de travail, qui déterminent le pourcentage du montant de base utilisé pour le calcul de l'indemnité, conformément à la loi relative à l'assurance maladie et aux soins de santé). »

177. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 12§1 SUEDE

Le Comité conclut que la situation de la Suède n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte révisée, au motif que le montant minimum de l'allocation de chômage de base est manifestement insuffisant.

178. La représentante de la Suède a fourni par écrit les informations suivantes :

« Le Gouvernement estime que le système suédois de sécurité sociale offre aux chômeurs une aide financière adéquate et suffisante, et que, partant, il satisfait pleinement aux prescriptions de l'article 12§1 de la Charte, garantissant ainsi aux travailleurs – en ce compris les travailleurs indépendants - et aux personnes dont ils ont la charge le droit à la sécurité sociale.

Argumentation

Le système de sécurité sociale est ainsi fait que l'on ne peut épingler une prestation à titre individuel et la retenir comme seul et unique élément d'appréciation de l'ensemble de l'aide offerte aux chômeurs. Il existe différents types de prestations qui se combinent et se conjuguent, et qui ne constituent pas simplement un certain nombre de prestations individuelles. Ainsi, le régime suédois d'assurance chômage n'empêche pas l'octroi d'une assistance sociale ou d'une aide au logement en complément des allocations de chômage. Aux yeux du Gouvernement, les points que met en avant le Comité rappellent premièrement que le caractère adéquat et suffisant d'un système de sécurité sociale ne doit être ni évalué ni jugé à la lumière d'un seul d'entre eux et, deuxièmement, qu'un tel système doit être revu et adapté au contexte propre à chaque pays en s'efforçant de garantir à ses citoyens un soutien optimal et un régime aussi efficace que possible au regard de la situation financière du pays et de sa protection sociale.

La Charte entend poser des normes communes minimales pour assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité sociale plutôt que d'imposer un modèle commun ou de chercher à harmoniser les législations en matière de sécurité sociale, et laisse ainsi chaque pays libre de définir son propre système de sécurité sociale ; aussi le Gouvernement estime-t-il qu'il convient de prendre en compte, dans

l'appréciation du caractère suffisant d'une prestation financière, les spécificités du marché de l'emploi et de la situation économique propres à chaque pays. Le montant de l'allocation de chômage traduit un équilibre délicat. D'une part, les prestations de chômage peuvent servir de facteurs de stabilisation automatique en période de récession : l'allocation limite la perte de revenus, lissant ainsi la baisse des recettes fiscales et de la consommation. D'autre part, des allocations généreuses peuvent conduire à un manque d'incitation matérielle à trouver du travail, d'où le risque d'un piège de pauvreté où la dépendance sociale l'emporte sur l'emploi. Le Gouvernement estime que les allocations de chômage doivent refléter la rémunération moyenne perçue au moment de l'entrée au chômage, mais pas au point d'être une contre-incitation à la recherche d'un nouvel emploi. Au cours de la période de référence, le régime suédois d'assurance chômage a connu plusieurs réformes, l'objectif étant de renforcer son rôle dans une optique d'activation et dans le souci d'aider les personnes concernées à se réadapter et à retrouver rapidement du travail.

Le régime suédois d'assurance chômage

L'assurance chômage est une importante composante de la politique suédoise de l'emploi, dans laquelle elle se fonde. Cette politique entend poursuivre une stratégie d'« emploi pour tous », c.-à-d. davantage axée sur le travail que sur les allocations. Elle consiste ainsi à venir en aide aux chômeurs pour leur permettre de retrouver un emploi au plus vite. Des allocations leur sont servies lorsqu'il s'avère impossible de proposer un poste ou en cas d'échec des dispositifs d'intervention sur le marché de l'emploi. Les règles qui encadrent le régime d'assurance chômage correspondent en cela aux objectifs de la politique suédoise de l'emploi.

Admission au bénéfice des prestations de chômage

Un chômeur admis au bénéfice des prestations de chômage perçoit des allocations durant 300 jours. Si l'intéressé a un enfant de moins de 18 ans, la durée d'indemnisation sera prolongée de 150 jours, sans pouvoir dépasser un total de 450 jours (article 22 de la loi relative à l'assurance chômage – SF1997 :238). Le demandeur d'emploi doit être disposé à accepter une offre d'emploi convenable (article 9 de la loi relative à l'assurance chômage – SF1997 :238). Toute proposition d'emploi ou d'intégration dans un dispositif est réputée convenable dès lors que :

- . les qualifications du demandeur d'emploi pour le poste en question et autres facteurs personnels ont été raisonnablement pris en compte ;
- . les conditions d'emploi sont équivalentes à celles des salariés couverts par les conventions collectives en vigueur dans le même secteur ;
- . l'emploi proposé ne se situe pas dans une entreprise confrontée à un conflit du travail ou à une action de revendication en cours, et les conditions de travail dans l'entreprise sont conformes aux textes de loi et règlements ministériels suédois (article 11 de la loi relative à l'assurance chômage – SF1997 :238).

Ajoutons encore que la Commission de l'assurance chômage expose de façon détaillée, dans ses textes réglementaires, ce qui est réputé constituer un travail convenable. Les dispositions réglementaires indiquent en quelles circonstances particulières il doit être tenu compte de la situation personnelle du demandeur d'emploi pour déterminer si un emploi est ou non jugé convenable (texte joint en annexe). Elles précisent que le régime d'assurance chômage est axé sur la réadaptation au marché de l'emploi, laquelle doit démarrer dès le début de l'épisode de chômage en déterminant si tel emploi ou dispositif convient ou non à l'intéressé. A cet égard, les facteurs personnels – études et expérience professionnelle, compétences, obstacles médicaux, zone de recherche d'emploi géographiquement restreinte pour des raisons familiales, trajet domicile – emploi, rémunération, conflits du travail, promesse d'un autre poste – sont pris en considération.

Tout ceci montre qu'il est dûment tenu compte des conditions préalables exigées du demandeur d'emploi pour le poste en question ainsi que d'autres facteurs personnels, et que le chômeur ne risque pas de perdre ses allocations s'il refuse une offre d'emploi qui n'est pas jugée lui convenir.

Les informations qui précèdent sont nouvelles et n'ont pas été communiquées dans le dernier rapport national sur l'application de la Charte (8^e rapport). Comme l'indique le Comité dans sa conclusion, il s'agit là d'un point à prendre également en compte au moment de se prononcer sur le caractère suffisant des prestations de chômage servies dans le pays considéré.

Nomination d'un enquêteur spécial chargé de l'Etude à long terme 2011

Depuis avril 2010, un enquêteur spécial a été chargé par le Gouvernement de l'Etude à long terme 2011 (« l'Etude ») qui donnera un large aperçu du marché de l'emploi suédois et proposera, si nécessaire, des mesures destinées à en améliorer le fonctionnement à long terme. Elles passera notamment en revue :

- la formulation de la politique de l'emploi et possibilités de développement,
- la fonction de l'assurance chômage,
- la conception de la sécurité sociale,

- l'éducation et le travail.

Conclusion

Compte tenu de ce qui précède, le Gouvernement estime que le système suédois de sécurité sociale offre aux chômeurs une aide financière adéquate et suffisante, et que, partant, il satisfait pleinement aux prescriptions de l'article 12§1 de la Charte. Il fournira toutes informations utiles dans son prochain rapport national et répondra aux demandes d'informations complémentaires présentées par le Comité dans ses Conclusions 2009. »

179. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

Article 12&2 – Maintien d'un régime de sécurité sociale à un niveau au moins égal à celui du code européen de sécurité sociale.

CSR 12§2 MOLDOVA

Le Comité conclut que la situation de la Moldova n'est pas conforme à l'article 12§2, au motif qu'il n'est pas établi que la Moldova maintient un régime de sécurité sociale qui satisfait aux normes prescrites par le Code européen de sécurité sociale.

180. La représentante de la Moldova a fourni par écrit les informations suivantes :

« *Amendements portés aux prestations de maternité et aux prestations familiales*

La Loi n 68 - XVIII du 23.04.2010 prévoit l'augmentation des prestations mensuelles pour un enfant sous l'âge de 3 ans aux personnes assurées de 25% à 30% de la base de calcul fixée, mais pas moins de 300 lei pour chaque enfant. »

181. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 12§2 ROUMANIE

Le Comité conclut que la situation de la Roumanie n'est pas conforme à l'article 12§2 au motif que, vu l'absence persistante d'informations, il n'est pas établi que la Roumanie maintient un régime de sécurité sociale qui satisfait aux normes prescrites par le Code européen de sécurité sociale.

182. La représentante de la Roumanie a fourni par écrit les informations suivantes :

« L'article 1er de la loi n° 116 du 24 avril 2009 dispose que la Roumanie est tenue de ratifier le Code européen de sécurité sociale du Conseil de l'Europe adopté à Strasbourg le 16 avril 1964 et entré en vigueur le 17 mars 1968. Ce Code, signé par la Roumanie le 22 mai 2002, a été ratifié le 9 octobre 2009 et est entré en vigueur le 10 octobre 2010.

Lors du dépôt de l'instrument de ratification, le gouvernement de la Roumanie a fait la déclaration suivante: "Conformément à l'article 3 du Code européen de sécurité sociale, la Roumanie déclare qu'elle accepte les obligations découlant des parties I, II, III, V, VII, VIII et des dispositions correspondantes des parties XI, XII et XIII, et qu'elle ne fait pas usage des dispositions de l'article 2, paragraphe 2, du Code européen". »

183. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

Article 12§3 – Evolution du système de Sécurité sociale

CSR 12§3 ITALIE

Le Comité conclut que la situation de l'Italie n'est pas conforme à l'article 12§3 de la Charte révisée au motif qu'il n'est pas établi que des mesures suffisantes ont été prises pour relever progressivement le niveau du système de sécurité sociale.

184. La représentante de l'Italie a fourni par écrit les informations suivantes :

« A ce propos, on souligne que dans le dernier rapport sur l'article 12 on a indiqué que la loi n° 247 du 24 décembre 2007 avait introduit le système dit des «fenêtres» (*finestre*) même pour la pension de vieillesse. D'après celui-ci, à partir de 2008, les personnes dont les pensions sont liquidées par les fonds de prévoyance des travailleurs salariés et qui répondent aux conditions fixées pour l'attribution de la pension de vieillesse au 31 mars, elles peuvent accéder à cette forme de retraite à compter du 1^{er} juillet de la même année. Les personnes qui répondent aux conditions fixées pour l'attribution de la pension de vieillesse au 31 juin, peuvent accéder à cette forme de retraite à compter du 1^{er} octobre de la même année; dès lors qu'elles répondent aux conditions fixées pour l'attribution de la pension de vieillesse au 31 septembre, elles peuvent accéder à cette forme de retraite à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante; dès lors qu'elles répondent aux conditions fixées pour l'attribution de la pension de vieillesse au 31 décembre, elles peuvent accéder à cette forme de retraite à compter du 1^{er} avril de l'année suivante.

En considération de son introduction récente, on est d'avis qu'à présent il serait prématuré d'en évaluer l'impact sur le système de sécurité sociale et d'indiquer s'ils a apporté ou non des améliorations à la branche vieillesse. Des informations sur le monitoring de la réforme du système de sécurité sociale seront fournies dans le prochain rapport sur l'article 12.»

185. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 12§3 MOLDOVA

Le Comité conclut que la situation de la Moldova n'est pas conforme à l'article 12§3 de la Charte révisée au motif qu'il n'a pas été établi que des mesures suffisantes ont été prises pour relever progressivement le niveau du système de sécurité sociale.

186. La représentante de la Moldova a fourni par écrit les informations suivantes :

« *Amendements portés aux prestations de maternité et aux prestations familiales*

La Loi n 68 - XVIII du 23.04.2010 prévoit l'augmentation des prestations mensuelles pour un enfant sous l'âge de 3 ans aux personnes assurées de 25% à 30% de la base de calcul fixée, mais pas moins de 300 lei pour chaque enfant. »

187. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

Article 12§4 – Sécurité sociale des personnes se déplaçant entre les états

188. Les situations sont divisées en trois groupes de motifs de non-conformité :

Groupe 1 : Droit à la conservation des avantages acquis en cas de déplacement dans un État Partie non lié par la réglementation communautaire ou par un accord : Danemark, Islande, Belgique, Chypre, Estonie, Finlande, Lituanie, Pays-Bas, Roumanie

Groupe 2 : Ressortissants des États parties non couverts par la réglementation communautaire ou non lié par un accord qui ne peuvent pas totaliser les périodes d'assurance ou d'emploi accomplies dans d'autres États : Danemark, Allemagne, Grèce, Islande, Pologne, Belgique, Chypre, Estonie, Finlande, France, Irlande, Norvège, Roumanie, République tchèque

Groupe 3 : Inégalité de traitement pour la situation de séjour : Danemark, Belgique, Chypre, Lituanie, Moldova et Slovénie

Groupe 1 : Droit à la conservation des avantages

189. Etats concernés : **Belgique, Chypre, Estonie Finlande, Lituanie, Pays-Bas, Roumanie.**

CSR 12§4 BELGIQUE

Le Comité conclut que la situation de la Belgique n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte révisée pour les motifs suivants :

- ... ;
- la conservation des avantages acquis en cas de nouvel établissement dans un Etat Partie qui n'est pas couvert par la réglementation communautaire ou n'est pas lié par un accord avec la Belgique n'est pas garantie. **[Groupe 1, deuxième motif de non-conformité]**

CSR 12§4 CHYPRE

Le Comité conclut que la situation de Chypre n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte révisée pour les motifs suivants :

- ... ;
- la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi accomplies dans un Etat Partie qui n'est pas couvert par la réglementation communautaire ou n'est pas lié par un accord conclu avec Chypre n'est pas garantie **[Groupe 1, deuxième motif de non-conformité]**

CSR 12§4 ESTONIE

Le Comité conclut que la situation de l'Estonie n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte révisée pour les motifs suivants :

- la conservation des avantages acquis en cas de déplacement dans un Etat Partie qui n'est pas couvert par la réglementation communautaire ou n'est pas lié par un accord avec l'Estonie n'est pas garantie ; **[Groupe 1, premier motif de non-conformité]**
- ...

CSR 12§4 FINLANDE

Le Comité conclut que la situation de la Finlande n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte révisée pour les motifs suivants :

- ... ;
- la conservation des avantages acquis en cas de déplacement dans un Etat Partie qui n'est pas couvert par la réglementation communautaire ou n'est pas lié par un accord avec la Finlande n'est pas garantie ; **[Groupe 1, premier motif de non-conformité]**
- ...

CSR 12§4 LITUANIE

Le Comité conclut que la situation de la Lituanie n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte révisée pour les motifs suivants :

- ... ;
- la conservation des avantages acquis en matière d'accidents du travail, maladies professionnelles, maladie et maternité, en cas de déplacement dans un Etat Partie qui n'est pas couvert par la législation communautaire ou n'est pas lié par un accord avec la Lituanie n'est pas garantie ; **[Groupe 1, deuxième motif de non-conformité]**
- ...

Deuxième motif de non-conformité

190. La représentante de la Lituanie a fourni par écrit les informations suivantes :

« La Lituanie a choisi de réglementer la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi au moyen d'accords bilatéraux concernant les ressortissants des Etats membres qui ne sont pas couverts par la réglementation communautaire. Les accords bilatéraux sont en effet mentionnés dans l'article 12, paragraphe 4 de la Charte sociale européenne révisée comme l'un des moyens d'assurer la mise en œuvre des dispositions de ce paragraphe.

Nous avons consulté le secrétariat plusieurs fois pour lui demander quelles mesures, outre les accords bilatéraux et multilatéraux, pourraient être prises pour remédier à la situation au titre de l'article 12§4.

Ayant eu pour réponse qu'il pouvait s'agir de mesures administratives unilatérales, nous avons analysé la situation et conclu qu'eu égard à la législation et aux intérêts de la Lituanie, il n'y avait pas de meilleure option que l'accord bilatéral.

En 2008, nous avons examiné les flux migratoires de 2005-2007, qui montraient que les migrations de populations au sein des Etats membres du Conseil de l'Europe où les réglementations de l'UE ne s'appliquent pas étaient très faibles par rapport aux flux d'immigration et d'émigration généraux. Par exemple, en 2005, le flux le plus élevé concernait la Moldova, avec 26 personnes, et le plus bas concernait l'Albanie ou la Croatie (4 personnes), avec une migration nulle d'une majorité d'Etats membres du Conseil de l'Europe... Les chiffres pertinents figuraient aussi dans le dernier rapport.

Afin de rendre la procédure d'adoption des accords bilatéraux plus simple et plus rapide, et compte tenu des conclusions du Comité européen des Droits sociaux et de l'encouragement du Comité gouvernemental de la Charte sociale européenne à prendre au plus vite des mesures pour améliorer la situation, le Gouvernement de la République de Lituanie a approuvé le 24 novembre 2008 un projet de modèle d'accord (bilatéral) entre le Gouvernement de la République de Lituanie et un autre Etat en matière de sécurité sociale. Ce modèle permettra de raccourcir les procédures d'adoption des accords bilatéraux dans le système légal lituanien, les affirmations et dispositions qui y sont contenues ayant été acceptées et confirmées par les autorités lituaniennes compétentes. Ce modèle d'accord a été préparé d'après le modèle d'accord bilatéral du Conseil de l'Europe en matière de sécurité sociale. »

191. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 12§4 PAYS-BAS

Le Comité conclut que la situation des Pays-Bas n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte au motif que la législation ne prévoit pas la conservation des prestations supplémentaires en cas de nouvel établissement dans un Etat partie non lié par la réglementation communautaire ou par un accord conclu avec les Pays-Bas. [Groupe 1]

192. Le représentant des Pays-Bas considère que la situation est différente de celle des autres Etats et demande qu'on traite séparément les Pays-Bas.

193. La Présidente est d'accord, mais les Pays-Bas appuient en tout état de cause la déclaration commune.

194. Le représentant des Pays-Bas précise que la loi sur les prestations (loi Toeslagenwet) prévoit un supplément à la prestation d'invalidité ou de chômage lorsqu'elle est inférieure au salaire minimum légal, afin d'atteindre le niveau du salaire minimum légal. Cette prestation est soumise à une condition de ressources et est liée à l'indice du bien-être aux Pays-Bas. Il s'agit d'une assistance sociale et on ne peut pas exporter les prestations fournies selon la loi Toeslagenwet.

195. La représentante de l'Estonie soutient cette position. Les prestations d'assistance sociale n'ont pas pour but d'être exportées, c'est un appoint qui relève de l'assistance sociale du pays de résidence, ce qui explique la non-exportabilité de ces prestations.

196. Le représentant des Pays-Bas précise qu'il y a, à ce sujet, actuellement une affaire pendante devant la CJCE.

197. Le Comité prend acte des informations données, invite le Gouvernement à fournir des informations détaillées dans le prochain rapport et attend la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 12§4 ROUMANIE

Le Comité conclut que la situation de la Roumanie n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte révisée pour les motifs suivants :

- la conservation des avantages acquis en cas de déplacement dans un Etat Partie qui n'est pas couvert par la législation communautaire ou n'est pas lié par un accord avec la Roumanie n'est pas garantie ; **[Groupe 1, premier motif de non-conformité]**
- ...

198. Le représentant des Pays-Bas rappelle que l'article 12§4 comporte le recours à des techniques de coordination complexes concernant la sécurité sociale, mais s'interroge sur l'intérêt de ces techniques, car, dans l'UE, on prévoit la libre circulation des travailleurs. Le cadre juridique n'est pas le même qu'il s'agisse des Etats membres de l'UE ou du Conseil de l'Europe.

199. Le Secrétariat explique que les textes de l'UE remplissent les conditions de l'article 12§4, le problème est pour les pays qui ne sont pas membres de l'UE.

200. La représentante de la Lituanie rappelle qu'au cours du cycle précédent, le Comité a invité le gouvernement de la Lituanie à fournir des informations sur les flux migratoires. Les chiffres fournis indiquaient que peu de personnes étaient concernées. Elle demande pourquoi la Lituanie a fait l'objet d'une conclusion de non-conformité alors que, dans ce cas, seules vingt-six personnes (l'immigration la plus importante en provenance de Moldova en 2005) sont concernées.

201. Le Secrétariat explique que le CEDS comprend que certains Etats ont du mal à négocier des accords bilatéraux, lorsque les chiffres démontrent que peu de personnes sont concernées. Mais le CEDS doit se référer au libellé de l'article 12§4 et les Etats doivent trouver d'autres moyens pour respecter le droit de ces personnes, tels que des règles unilatérales.

202. Le représentant de l'Allemagne estime qu'il n'est pas possible d'assurer la conformité à l'article 12§4 dans le cas de la Turquie tant que des mesures communes ne peuvent pas être adoptées. Il n'y a pas de solution unilatérale dans cette affaire.

203. La représentante de la France estime que les conventions bilatérales peuvent être la solution mais seulement si les pays concernés le demandent. Par ailleurs, il y a toujours des problèmes car d'un côté, il y a les pays membres de l'UE et, de l'autre, les Etats membre du Conseil de l'Europe.

204. La représentante de l'Estonie souscrit aux vues exprimées par les représentants de l'Allemagne et des Pays-Bas. La liberté de circulation signifie pour les Etats la possibilité d'exporter les prestations et l'obligation de fournir des informations sur la manière dont elles sont utilisées. La transmission de ces informations ne peut reposer sur des mesures unilatérales. La prise de mesures unilatérales serait source de problèmes administratifs et budgétaires, puisqu'il n'y aurait pas alors de contrôle approprié de la situation. Le CEDS dit qu'il faut que les Etats ratifient la Convention européenne de sécurité sociale. Les Pays-Bas l'ont fait et pourtant leur situation est toujours jugée non conforme.

205. La représentante de la Norvège insiste sur le principe de réciprocité. L'article 12§4 demande la conclusion d'accords bilatéraux ou unilatéraux, mais la voie unilatérale est une voie difficile à suivre. C'est la réciprocité qui est le principe fondamental. S'agissant des accords bilatéraux, il y a également des difficultés. La Norvège n'a jamais refusé de conclure des accords si un autre Etat le lui demande.

206. La représentante de la Belgique souligne que ce qui pose un problème aux Etats c'est que le CEDS pose l'obligation de prendre des mesures unilatérales en l'absence d'accords.

207. La représentante de la République tchèque est d'accord avec cet avis. La solution unilatérale n'est pas possible. Il faut qu'il y ait des accords bilatéraux, voire multilatéraux.

208. La Présidente propose de faire une déclaration commune sur ce motif spécifique de non-conformité :

209. Le Comité marque son accord quant à la déclaration commune ci-dessous des neuf Etats parties qui sont non-conformes au motif que la conservation des droits acquis pour les personnes se déplaçant dans un autre Etat partie n'est pas garantie :

« Le Comité considère que la ratification de la Convention européenne de sécurité sociale et la conclusion d'accords bilatéraux constituent un moyen d'assurer la conformité à l'article 12§4 de la Charte.

Le maintien des prestations de sécurité sociale, quels que puissent être les déplacements des bénéficiaires entre les Etats Parties, nécessite une coordination des procédures administratives des Etats concernés. Par conséquent, les Etats examinent l'opportunité de conclure de nouveaux accords bilatéraux avec des Etats non membres de l'UE si tant est qu'il y ait un intérêt mutuel de conclure un tel accord et un flux significatif de mouvement de population entre les Etats concernés. »

Groupe 2 : Totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi

210. Etats non couverts par des accords de l'UE qui ne peuvent pas totaliser les périodes d'assurance ou d'emploi : **Chypre, Estonie, Finlande, France, Irlande, Lituanie, Norvège, Roumanie.**

CRS 12§4 CHYPRE

Le Comité conclut que la situation de Chypre n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte révisée pour les motifs suivants :

- la condition de durée de résidence à laquelle est subordonné l'octroi d'une pension sociale pour les ressortissants non couverts par la réglementation communautaire est excessive ; **[Groupe 2, deuxième motif de non-conformité]**
-

CSR 12§4 ESTONIE

Le Comité conclut que la situation de l'Estonie n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte révisée pour les motifs suivants :

- ... ;
- les ressortissants des Etats Parties qui ne sont pas couverts par la réglementation communautaire ou ne sont pas liés par un accord conclu avec l'Estonie n'ont pas la possibilité de totaliser les périodes d'assurance ou d'emploi accomplies dans d'autres pays. **[Groupe 2, deuxième motif de non-conformité]**

CSR 12§4 FINLANDE

Le Comité conclut que la situation de la Finlande n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte révisée pour les motifs suivants :

- ... ;
- les ressortissants des Etats parties qui ne sont pas couverts par la réglementation communautaire ou ne sont pas liés par un accord conclu avec la Finlande n'ont pas la possibilité d'accumuler les périodes d'assurance ou d'emploi accomplies dans d'autres pays. **[Groupe 2, deuxième motif de non-conformité]**

CSR 12§4 FRANCE

Le Comité conclut que la situation de la France n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte révisée au motif que les ressortissants des Etats Parties qui ne sont pas couverts par la réglementation communautaire ou ne sont pas liés par un accord conclu avec la France n'ont pas la possibilité de totaliser les périodes d'assurance ou d'emploi accomplies dans d'autres pays. **[Groupe 2]**

CSR 12§4 IRLANDE

Le Comité conclut que la situation de l'Irlande n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte au motif que les ressortissants des Etats parties qui ne sont pas couverts par la réglementation communautaire ou ne sont pas liés par un accord conclu avec l'Irlande n'ont pas la possibilité de totaliser les périodes d'assurance ou d'emploi accomplies dans d'autres pays. **[Groupe 2]**

CSR 12§4 LITUANIE

Le Comité conclut que la situation de la Lituanie n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte révisée pour les motifs suivants :

- ... ;
- ... ;
- il n'est pas établi que les ressortissants des Etats Parties qui ne sont pas couverts par la réglementation communautaire ou ne sont pas liés par un accord conclu avec la Lituanie ont la possibilité d'accumuler les périodes d'assurance ou d'emploi accomplies dans d'autres pays. **[Groupe 2]**

Troisième motif de non-conformité

211. La représentante de la Lituanie a fourni par écrit les informations suivantes :

« La Lituanie a choisi de réglementer la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi au moyen d'accords bilatéraux concernant les ressortissants des Etats membres qui ne sont pas couverts par la réglementation communautaire. Les accords bilatéraux sont en effet mentionnés dans l'article 12, paragraphe 4 de la Charte sociale européenne révisée comme l'un des moyens d'assurer la mise en œuvre des dispositions de ce paragraphe.

Nous avons consulté le secrétariat plusieurs fois pour lui demander quelles mesures, outre les accords bilatéraux et multilatéraux, pourraient être prises pour remédier à la situation au titre de l'article 12§4. Ayant eu pour réponse qu'il pouvait s'agir de mesures administratives unilatérales, nous avons analysé la situation et conclu qu'eu égard à la législation et aux intérêts de la Lituanie, il n'y avait pas de meilleure option que l'accord bilatéral.

En 2008, nous avons examiné les flux migratoires de 2005-2007, qui montraient que les migrations de populations au sein des Etats membres du Conseil de l'Europe où les réglementations de l'UE ne s'appliquent pas étaient très faibles par rapport aux flux d'immigration et d'émigration généraux. Par exemple, en 2005, le flux le plus élevé concernait la Moldova, avec 26 personnes, et le plus bas concernait l'Albanie ou la Croatie (4 personnes), avec une migration nulle d'une majorité d'Etats membres du Conseil de l'Europe... Les chiffres pertinents figuraient aussi dans le dernier rapport.

Afin de rendre la procédure d'adoption des accords bilatéraux plus simple et plus rapide, et compte tenu des conclusions du Comité européen des Droits sociaux et de l'encouragement du Comité gouvernemental de la Charte sociale européenne à prendre au plus vite des mesures pour améliorer la situation, le Gouvernement de la République de Lituanie a approuvé le 24 novembre 2008 un projet de modèle d'accord (bilatéral) entre le Gouvernement de la République de Lituanie et un autre Etat en matière de sécurité sociale. Ce modèle permettra de raccourcir les procédures d'adoption des accords bilatéraux dans le système légal lituanien, les affirmations et dispositions qui y sont contenues ayant été acceptées et confirmées par les autorités lituaniennes compétentes. Ce modèle d'accord a été préparé d'après le modèle d'accord bilatéral du Conseil de l'Europe en matière de sécurité sociale. »

212. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 12§4 NORVEGE

Le Comité conclut que la situation de la Norvège n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte révisée au motif que la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi accomplies dans un Etat Partie qui n'est pas couvert par la réglementation communautaire ou n'est pas lié par un accord conclu avec la Norvège n'est pas garantie. **[Groupe 2]**

CSR 12§4 ROUMANIE

Le Comité conclut que la situation de la Roumanie n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte révisée pour les motifs suivants :

- ... ;
- les ressortissants des Etats Parties qui ne sont pas couverts par la réglementation communautaire ou ne sont pas liés par un accord conclu avec la Roumanie n'ont pas la possibilité de totaliser les périodes d'assurance ou d'emploi accomplies dans d'autres pays. **[Groupe 2, deuxième motif de non-conformité]**

213. Le Comité marque son accord quant à la déclaration commune ci-dessous des 14 Etats parties qui sont non-conformes au motif que la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi accomplies dans d'autres Etats parties n'est pas garantie pour les ressortissants des Etats parties non couverts par la réglementation communautaire ou non liés par un accord :

« Le Comité considère que la ratification de la Convention européenne de sécurité sociale et la conclusion d'accords bilatéraux constituent un moyen d'assurer la conformité à l'article 12§4 de la Charte.

Le maintien des prestations de sécurité sociale, quels que puissent être les déplacements des bénéficiaires entre les Etats Parties, nécessite une coordination des procédures administratives des Etats concernés. Par conséquent, les pays examinent l'opportunité de conclure de nouveaux accords bilatéraux avec des pays non membres de l'UE si tant est qu'il y ait un intérêt mutuel de conclure un tel accord et un flux significatif de mouvement de population entre les Etats concernés. »

Groupe 3 : Inégalité de traitement pour la situation de séjour :

Etats concernés : **Belgique, Chypre, Lituanie, Moldova et Slovaquie.**

CSR 12§4 BELGIQUE

Le Comité conclut que la situation de la Belgique n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte révisée pour les motifs suivants :

- l'égalité de traitement pour ce qui concerne le versement des allocations pour personnes handicapées n'est pas garantie aux ressortissants des Etats Parties non couverts par la réglementation communautaire et non liés à la Belgique par un accord bilatéral ; **[Groupe 3, premier motif de non-conformité]**
- ...

Premier motif de non-conformité

214. La représentante de la Belgique indique que la situation n'a pas évolué durant la période de référence, mais, après le dépôt du rapport qui a fait l'objet des conclusions

2009, a été adopté un arrêté royal du 9 février 2009 qui prévoit que les allocations aux personnes handicapées peuvent également être octroyées aux personnes inscrites comme étranger au registre de la population. Cette situation sera expliquée de manière détaillée dans le prochain rapport.

215. Le Comité prend note de cette évolution positive, félicite le gouvernement de la Belgique pour ses efforts et attend la prochaine évaluation du CEDS.

CRS 12§4 CHYPRE

Le Comité conclut que la situation de Chypre n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte révisée pour les motifs suivants :

- la condition de durée de résidence à laquelle est subordonné l'octroi d'une pension sociale pour les ressortissants non couverts par la réglementation communautaire est excessive ; **[Groupe 3, premier motif de non-conformité]**
- ...

Premier motif de non-conformité

216. La représentante de Chypre indique que le service des assurances sociales du ministère du Travail et des assurances sociales étudie plusieurs options pour réduire cette durée de résidence pour bénéficier d'une pension sociale. Il n'y a toutefois pas de changement à signaler pour l'instant.

217. Le représentant de la CES est perplexe, car la situation est non-conforme depuis 2000. Chaque fois que le problème revient, la délégation chypriote dit que le problème est examiné, mais aucune solution n'est apportée.

218. Les représentantes de l'Estonie et de la Lituanie estiment que le délai 20 ans est trop long et qu'il faut le raccourcir.

219. La Présidente constate que la situation n'est pas conforme depuis 10 ans et propose de faire pression pour que cette situation soit revue et que cette durée de résidence soit raccourcie.

220. Le représentant de la CES est d'avis que cette pension sociale a été faite pour ceux qui ne peuvent bénéficier d'aucune forme de retraite. C'est un volet de sécurité fondé sur la résidence. La situation de non-conformité dure depuis 10 ans. Il faut insister pour que le gouvernement de Chypre agisse.

221. La représentante de la République tchèque relève que le Gouvernement chypriote semble s'atteler à une étude pour revoir le dispositif des pensions sociales ; il faudrait revoir la question lors du prochain examen.

222. Le représentant de la Géorgie relève que c'est un cas ancien et propose un avertissement

223. La représentante de Chypre reconnaît que cette affaire dure depuis 10 ans, mais il y a eu des changements de Gouvernement. Il faut se donner un peu plus de temps

224. Le représentant de la CES relève qu'en Belgique il y a aussi régulièrement des changements de Gouvernements, mais la Belgique continue malgré cela ses réformes.

225. La Présidente procède au vote sur la proposition d'avertissement contre Chypre.

226. Le Comité adopte un avertissement à l'encontre de Chypre (11 voix pour, 5 voix contre et 21 abstentions).

227. A la fin de la réunion, la représentante de Chypre fait la déclaration ci-après concernant la décision du Comité d'adopter (par 11 voix pour, 5 voix contre et 21 abstentions) l'avertissement mis aux voix.

« Je vous remercie, Madame la Présidente, de me donner la parole. Sauf votre respect, Madame la Présidente, je considère que la procédure de vote qui a été suivie a véritablement manqué de clarté et qu'elle n'a guère respecté les principes d'équité et d'égalité de traitement des Etats parties à la Charte sociale. Selon moi, l'adoption de l'avertissement contre Chypre (par 11 voix pour, 5 voix contre et 21 abstentions) a été injuste pour notre pays, en ce que ceux qui ont choisi de s'abstenir ne savaient pas que leur vote n'allait pas être pris en compte.

Permettez-moi en particulier d'attirer votre attention sur le document de travail T-SG(2010)7 où il est dit au paragraphe 158 concernant la conclusion relative à l'article 13§1 pour le Danemark que « Le Comité gouvernemental a voté sur un avertissement qui n'a pas été adopté (11 voix pour, 6 voix contre et 15 abstentions) »... Je répète : PAS ETE ADOPTE.

Alors que les suffrages exprimés sont à peu près similaires dans le cas du Danemark et dans le cas de Chypre, il a ETE ADOPTE un avertissement pour Chypre. Je me demande dès lors si nous appliquons bien les mêmes règles de procédure à tous les Etats membres.

Le représentant du Royaume-Uni a déclaré qu'il faudrait, en pareilles circonstances, annoncer les règles de procédure avant de passer au vote ; il lui a été répondu que l'on allait « rédiger une note » à ce sujet.

Cela dit, je rappelle à chacun de vous que les autorités chypriotes ont indiqué qu'elles « étudiaient plusieurs scénarios possibles afin de réduire la durée de résidence requise pour avoir droit à une pension sociale ».

Chypre s'emploie à raccourcir la durée de résidence exigée (qui est actuellement de 20 ans), notamment parce que cette même condition s'applique à ceux de ses ressortissants qui ont vécu plusieurs années à l'étranger dans les pays dépourvus de système de sécurité sociale et qui, à leur retour, ne remplissent pas les critères d'octroi de la pension sociale versée par le Fonds de sécurité sociale.

Je saurais gré au Comité de bien vouloir prendre note de ce qui vient d'être dit et de se prononcer sur la question de savoir si a) sa décision est définitive, en dépit de la confusion qui a prévalu s'agissant de l'application équitable des règles de procédure, ou b) s'il peut être procédé à un nouveau vote. »

228. M. Kristensen rappelle les règles de vote en ce qui concerne l'examen des conclusions de non-conformité par le Comité.

229. La représentante de Chypre demande qu'il soit procédé à un nouveau vote conformément aux règles de vote en la matière.

230. Le Comité décide de procéder à un nouveau vote à sa réunion d'octobre en ce qui concerne l'article 12§4 pour Chypre.

231. A la 122^e réunion d'octobre 2010, la Présidente rappelle que lors de la 121^e réunion (mai 2010), un avertissement a été voté contre Chypre. Étant donné que le vote de l'avertissement a donné lieu à des discussions, puisque certaines personnes ignoraient que les abstentions ne comptaient pas parmi les votes exprimés, la question a été remise à l'ordre du jour.

232. La représentante de Chypre informe que les autorités ont pris au sérieux la conclusion répétée de non-conformité et qu'elles sont déterminées à trouver une solution. Une étude est en cours à ce sujet. Les résultats sont prévus pour la fin de l'année 2010 et l'étude doit inclure des suggestions concrètes pour résoudre le problème identifié.

233. La représentante de Chypre donne les informations suivantes :

“La pension sociale est un régime non contributif destiné aux plus de 65 ans n'ayant pas droit au service d'une pension d'une autre source. Pour pouvoir bénéficier d'une pension sociale, il faut avoir résidé légalement à Chypre et remplir la condition de durée de résidence. Le régime de pension sociale est financé sur le budget de l'Etat et non sur le Fonds d'assurance sociale.

L'étude actuelle en cours sur les retraités vivant en-deçà du seuil de pauvreté, au nombre desquels les bénéficiaires de la pension sociale, devrait être achevée fin 2010. Elle proposera une solution alternative -de long terme et durable- pour la mise en place d'un système de garantie de ressources pour les retraités à faibles revenus. Cette solution examinera entre autres la possibilité de modifier le dispositif de pension sociale en place et d'autres dispositions en matière de pension publique, voire de remplacer la pension sociale par un nouveau dispositif.

Au cours des quinze dernières années, la grande majorité des demandeurs n'ayant pas eu droit au bénéfice de la pension sociale à l'âge de 65 ans, faute de remplir la condition de durée de résidence, étaient des rapatriés chypriotes en provenance de pays tiers. Un dispositif pour ce groupe de personnes est à l'étude.

Il y a lieu de noter toutefois que la législation de l'assistance publique garantit à toutes les personnes résidant légalement sur le territoire de la République de Chypre un niveau de vie minimum socialement acceptable. La législation n'énonce pas de condition de durée de résidence et ne comporte pas de disposition discriminatoire fondée sur la nationalité, la race, la religion, le genre, etc. Toute personne dont les revenus et autres ressources économiques sont insuffisants pour satisfaire ses besoins élémentaires et spéciaux, tels que définis dans la législation, peut demander une aide publique qui sera fournie sous forme de soutien financier et/ou de services.”

234. Plus d'informations seront fournies lors du prochain rapport, lorsqu'une étude actuarielle sera achevée.

235. A la lumière des informations fournies, la représentante de la Lituanie demande des éclaircissements à ce sujet, étant donné que le motif de non-conformité (condition de

durée de résidence) est le même pour tous (ressortissants de l'UE et ressortissants de pays tiers).

236. La représentante de la République tchèque estime que le domaine des pensions sociales examiné dans le cas d'espèce relève plus de l'assistance sociale que de la sécurité sociale, donc de l'article 13 plutôt que de l'article 12§4.

237. Le Secrétariat précise qu'il est difficile de définir avec précision une ligne stricte entre l'assurance sociale et la sécurité sociale. Le Gouvernement de Chypre a toujours présenté cela comme une prestation de sécurité sociale. Le problème dans le cas d'espèce est la durée de résidence de 20 ans et rien d'autre.

238. La représentante de Chypre réaffirme qu'au cours des 15 dernières années, la majorité des personnes qui se sont vus refuser une pension sociale étaient des ressortissants chypriotes ayant séjourné dans d'autres pays et revenant s'établir à Chypre ; pour ces personnes une solution est envisagée.

239. La représentante de la Grèce relève que l'étude proposée démontre les engagements pris par Chypre.

240. Les représentants des Pays-Bas, de l'Estonie et de la France relèvent que le seul élément nouveau est cette étude, mais insistent sur le fait que lors de la session du mois de mai 2010, la confusion tenait aux modalités du vote de l'avertissement et non au contenu de l'avertissement. Ils estiment que la durée de résidence est excessive et soutiennent l'avertissement.

241. Le représentant de la CES estime qu'étant donné qu'il n'y a pas eu de changements (exception faite de l'étude), il n'est pas nécessaire de revoter sur un avertissement concernant une non-conformité de longue date. Il serait dangereux de revoter dans le cas d'espèce. Si le vote avait lieu, cela créerait un très mauvais et dangereux précédent.

242. Le Comité décide quand même de procéder au vote.

243. Conformément au règlement, il vote d'abord sur une proposition de recommandation à l'adresse de Chypre (aucune voix pour, 20 voix contre et 8 abstentions). La recommandation n'est pas acceptée.

244. Le Comité procède ensuite au vote d'un avertissement à l'encontre de Chypre (8 voix pour, 14 voix contre et 10 abstentions). L'avertissement n'est pas accepté.

245. La représentante de la Belgique espère que ce double vote ne constituera pas un précédent et invite les Etats à moins s'abstenir pour clarifier les situations.

246. La représentante de la Norvège propose qu'étant donné que l'avertissement n'est pas adopté, il faudrait envoyer un message fort au Gouvernement de Chypre.

247. Le Comité adresse un message fort au Gouvernement de Chypre, l'invite à fournir des informations détaillées sur l'étude envisagée lors de son prochain rapport et attend la prochaine évaluation du CEDS.

CSR 12§4 LITHUANIE

Le Comité conclut que la situation de la Lituanie n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte révisée pour les motifs suivants :

- l'octroi des pensions servies dans le cadre de l'assurance sociale nationale est subordonnée à une condition de durée de résidence ; **[Groupe 3, premier motif de non-conformité]**
- ... ;
-

Premier motif de non-conformité

248. Concernant le premier motif, diverses observations sont formulées durant la réunion. Le Comité salue toutefois les efforts que déploie la Lituanie dans sa quête de solutions pour améliorer la situation (accélération de la procédure de conclusion de l'accord bilatéral).

La représentante de la Lituanie commence par présenter quelques mesures prises par les autorités de son pays à cet effet en modifiant la Loi relative aux pensions de l'assurance sociale nationale. Ensuite, elle indique qu'en 2008, ces mêmes autorités ont examiné les flux migratoires de 2005-2007, et constaté ce faisant que les migrations de populations au sein des États membres du Conseil de l'Europe où les réglementations de l'UE ne s'appliquent pas étaient très faibles par rapport aux flux d'immigration et d'émigration généraux. C'est ainsi qu'en 2005, le flux le plus élevé concernait la Moldova, avec 26 personnes, et le plus bas, l'Albanie ou la Croatie, avec 4 personnes. Les chiffres pertinents figuraient aussi dans le dernier rapport.

La représentante de la Lituanie souligne également qu'afin de rendre la procédure d'adoption d'accords bilatéraux plus simple et plus rapide, et compte tenu des conclusions du Comité européen des Droits sociaux et de l'encouragement du Comité gouvernemental de la Charte sociale européenne à prendre au plus vite des mesures pour améliorer la situation, le Gouvernement de la République de Lituanie a approuvé le 24 novembre 2008 un projet de modèle d'accord (bilatéral) en matière de sécurité sociale. Celui-ci devrait permettre de raccourcir les procédures de conclusion des accords bilatéraux dans le système juridique lituanien, car les principales positions et dispositions de ce type d'accord sont acceptées et confirmées par les autorités lituaniennes compétentes. Le modèle a été élaboré à partir du modèle d'accord bilatéral du Conseil de l'Europe en matière de sécurité sociale. Bien que les informations concernant le projet de modèle d'accord aient été fournies dans le dernier rapport, les efforts des autorités lituaniennes en la matière n'ont pas été dûment relevés.

249. Le Comité prend note des évolutions positives annoncées et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR12§4 MOLDOVA

Le Comité conclut que la situation de la Moldova n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte révisée au motif que la législation ne garantit pas l'égalité de traitement aux ressortissants des États Parties qui n'ont pas conclu d'accord avec la Moldova. **[Groupe 3]**

250. La représentante de la Moldova indique que le Gouvernement est conscient de la nécessité d'organiser les relations avec les autres États européens en matière de sécurité sociale. Depuis le dernier rapport, la Moldova a réalisé quelques progrès et a conclu quelques accords. L'Accord entre la République de Moldova et la Bulgarie dans le domaine de assurances sociale a été signé le 5 décembre 2008 et il est entré en vigueur le 1^{er} septembre 2009. Le 11 février 2009, l'accord dans le domaine de la sécurité sociale entre la République de Moldova et le Portugal a été signé à Lisbonne. Le 27 avril 2010, l'accord dans le domaine de la sécurité sociale entre la République de Moldova et la

Roumanie a été signé à Bucarest. La République de Moldova est en cours de négociation avec la République tchèque et le Luxembourg.

251. La représentante de la République tchèque relève que le motif de non-conformité concerne l'égalité de traitement et qu'aucune information n'a été fournie concernant ce motif ; seules des informations relatives à la conclusion d'accords bilatéraux ont été fournies.

252. La représentante de la Moldova précise que le Gouvernement a non seulement conclu des accords bilatéraux, mais que la nouvelle législation prévoit d'accorder l'égalité de traitement.

253. La représentante de la République tchèque comprend qu'une nouvelle loi a été adoptée et propose d'inviter le gouvernement de la Moldova à fournir ces informations dans le prochain rapport.

254. Le Comité félicite la Moldova pour la procédure engagée dans le processus de négociation d'accords bilatéraux et invite le Gouvernement à fournir des informations relatives à la nouvelle loi.

CSR 12§4 SLOVENIE

Le Comité conclut que la situation de la Slovénie n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte révisée au motif que plusieurs prestations (régimes de pension et d'invalidité, allocations parentales et compensation partielle de la perte de revenus) sont assujetties à une condition de nationalité, de sorte que les ressortissants des Etats Parties non couverts par les règlements communautaires ne peuvent en bénéficier.
[Groupe 3]

255. La représentante de la Slovénie indique que certaines prestations sont soumises à une condition de nationalité, mais qu'il s'agit de prestations non contributives. Le droit aux allocations familiales a déjà été étendu aux membres de l'EEE et aux pays avec lesquels il existe des accords bilatéraux. Il y a une volonté de conclure des accords bilatéraux avec des Etats non membres de l'EEE, soit la Bosnie-Herzégovine, la Serbie et le Monténégro.

256. Le Comité prend note des évolutions positives annoncées et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

Article 13§1 – Assistance appropriée pour toute personne en état de besoin

CSR 13§1 ANDORRE

Le Comité conclut que la situation de l'Andorre n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte au motif que les ressortissants étrangers résidant légalement en Andorre sont soumis à une condition de durée de résidence excessive pour avoir droit à l'assistance sociale.»

257. La représentante de l'Andorre a fourni par écrit les informations suivantes :

« Comme nous l'avons spécifié dans notre rapport la Constitution andorrane reconnaît, dans son article 30 le droit des personnes à la protection de la santé et à percevoir des prestations pour répondre à d'autres nécessités personnelles.

Il faut également ajouter que l'Andorre a approuvé par décret le 16 juin 2008 le Plan National d'Action Sociale 2008-2011 qui structure l'action en 4 axes :

- Prévention
- Proximité et communauté
- Société active
- Caractère socio-sanitaire

Ce plan énonce entre autre dans son article 2 alinéa g le droit aux prestations publiques et à l'alinéa h la perspective de genre. Dans son article 3.3 alinéa b est écrit que les prestations économiques sont des aides matérielles données par l'administration publique aux personnes individuelles ou aux familles afin de leur offrir des moyens économiques qui leur permettent de couvrir leurs besoins basiques, de surmonter des situations de marginalisation et d'exclusion sociale mais aussi de promouvoir leur autonomie. Les prestations sociales ont pour finalité de garantir l'accès aux programmes activités et services de l'action sociale. Actuellement ce plan est en cours de révision.

Les prestations sont régulées par le Décret 19/11/2008 d'approbation du Règlement régulateur de prestations économiques de l'action sociale, il substitue l'ancien règlement qui datait de l'année 1996. Ce règlement a subi une première modification le 16 septembre 2009 afin d'y inclure, pour la première fois, une prestation pour les personnes ayant perdu leur emploi. Le 25 novembre 2009 une nouvelle modification a été faite qui supprime la condition de 6 mois de résidence pour avoir accès aux prestations sociales aux victimes de violence de genre et à leurs enfants.

Nous vous fournissons quelques données qui prouvent que les étrangers résidants en Andorre ont accès aux prestations sociales, sans condition de temps de résidence, moyennant l'application de l'article 23 du Règlement régulateur des prestations de l'action sociale « prestation exceptionnelle ». A la date du 27 septembre 2010 et pour l'année 2010 ont été accordées 106 prestations exceptionnelles sur l'ensemble des prestations sociales accordées ce qui fait 28%.

Nombre total prestations au 27/09/10: 378

Nombre total de personnes ayant demandé une prestation au 27/09/10: 302

Nombre de prestations exceptionnelles : au 27/09/10:106

Afin de permettre au Comité une meilleure visibilité de la situation en Andorre nous joignons à notre information un tableau annexe avec le type de prestation, leur objectif et le temps de résidence requis pour y accéder.

Art.	Al.	Genre de prestation	Object de la prestation	Temps de résidenc
		Prestation économique d'urgence	Pour se loger	
		Prestation économique d'urgence	Pour retourner au pays d'origine	
		Prestations économique d'urgence	Pour d'autres situations d'urgence	
20	A)	Prestations économiques pour couvrir les besoins de base	Pour des situations de précarité	7 ans
	B)	Prestations économiques pour couvrir les besoins de base	Pour se loger	5 ans
21	A)	Prestations économiques pour prévenir des situations de marginalisation, pour éviter l'exclusion et promouvoir l'autonomie	Pour la socialisation et le soutien scolaire des enfants	6 mois
	B)	Prestations économiques pour prévenir des situations de marginalisation, pour éviter l'exclusion et promouvoir l'autonomie	Pour permettre aux personnes âgées et aux handicapés de continuer à vivre chez eux	7 ans
	C)	Prestations économiques pour prévenir situations de marginalisation, pour éviter l'exclusion et promouvoir l'autonomie	Pour l'accessibilité suppression des barrières architectoniques, aides techniques autres qui aident à l'autonomie personnelle	3 ans
	D)	Prestations économiques pour prévenir situations de marginalisation, pour éviter l'exclusion et promouvoir l'autonomie	Pour adapter les véhicules aux personnes a mobilité réduite	3 ans
22	A)	Prestations économiques pour l'accès aux programmes, aux interventions et aux services de l'action sociale	Pour le paiement des garderies et des nourrices	6 mois
	B)	Prestations économiques pour l'accès aux programmes, aux services et aux services de l'action sociale	Pour l'accueil en famille des enfants	
	C)	23 Prestations exceptionnelles	Pour l'accueil de femmes victimes de violence de genre	I
		Prestations économiques pour l'accès aux programmes, aux interventions et aux services de l'action sociale		
	D)	Prestations économiques pour l'accès aux programmes, aux interventions et aux services de l'action sociale	Pour aider au processus de récupération des femmes victimes de violence de genre	
	E)	Prestations économiques pour l'accès aux programmes, aux interventions et aux services de l'action sociale	Pour aider au paiement du coût de la partie sociale des services diurnes d'attention sociale et socio-sanitaire	7 ans

	F) Prestations économiques pour l'accès aux programmes, et aux interventions et aux services de l'action sociale	Pour aider au paiement du coût de la partie sociale des services résidentiels d'attention sociale et socio-sanitaire	7 ans »
--	--	--	---------

258. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 13§1 ARMENIE

Le Comité conclut que la situation de l'Arménie n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte révisée, au motif que le montant de l'aide sociale versée à une personne seule sans ressources est manifestement insuffisant.

259. La représentante de l'Arménie a fourni par écrit les informations suivantes :

« Régime des pensions »

Une pension sociale est servie à partir de 65 ans aux femmes comme aux hommes qui totalisent moins de cinq années de cotisations dans le cadre d'une activité professionnelle. Conformément à l'arrêté ministériel n° 1122 du 2 octobre 2008, son montant a été fixé à 8 000 AMD au 1^{er} janvier 2009 ; pour les personnes handicapées, la pension variait alors entre 11 200 AMD (1^e catégorie de handicap), 9 600 AMD (2^e catégorie) et 8 000 AMD (3^e catégorie).

Aux termes de l'arrêté ministériel n° 275 du 22 mars 2010, le montant de la pension sociale a été porté à 10 500 AMD à compter du 1^{er} novembre 2010 ; pour les personnes handicapées, il est à présent de 14 700 AMD (1^e catégorie de handicap), 12 600 AMD (2^e catégorie) ou 10 500 AMD (3^e catégorie).

La loi relative aux anciens combattants de la grande guerre patriotique octroie à ces derniers une rente mensuelle dont le montant établi par l'arrêté ministériel n° 444 du 15 mai 2008, était de 20 000 AMD au 1^{er} juillet 2008.

L'arrêté ministériel n° 207 du 5 février 2004 alloue une aide pécuniaire aux anciens combattants de la grande guerre patriotique frappés d'invalidité, ainsi qu'aux personnes qui leur sont assimilées - parents, veuves et enfants handicapés de naissance de militaires décédés durant cette guerre ou lors de conflits dans d'autres pays. Son montant s'élève à 6 800 AMD depuis le 1^{er} janvier 2009, et le même arrêté prévoit également une aide pécuniaire de 4 500 AMD pour ceux qui ont pris part à la grande guerre patriotique.

La loi relative aux pensions de l'Etat garantit, en son article 69, le droit de faire appel de toute décision de rejet d'une demande de pension ; les décisions émanant de l'administration compétente pour les droits à pension sont en outre susceptibles d'un recours auprès d'un organe de rang supérieur ou devant les tribunaux.

L'article 10 de ladite loi dispose que les ressortissants étrangers ou apatrides en situation régulière en Arménie jouissent des mêmes droits à pension que les citoyens arméniens dès lors qu'ils remplissent les conditions requises par la loi.

Assistance sociale

Types de prestations et conditions d'octroi

A la suite des fortes majorations des pensions prévues à partir de janvier 2008, l'arrêté ministériel n° 1530 du 27 décembre 2007 a modifié leur mode de calcul pour la détermination de la vulnérabilité du foyer : celle-ci est désormais fonction de la pension perçue le mois précédant (et non plus sur la moyenne des douze derniers mois). Le coefficient de vulnérabilité a simultanément été abaissé de trois points.

L'arrêté met en place une disposition spéciale concernant l'admission au bénéfice des allocations familiales pour les foyers dont l'un des membres est une personne isolée et sans enfant titulaire d'une pension ; depuis juillet 2008, les foyers en question peuvent prétendre à des allocations familiales, sous réserve que la pension n'excède pas 30 000 AMD. Ce plafond a été porté à 36 500 AMD en 2009. L'abaissement du coefficient de vulnérabilité à 30 points intervenu dans le cadre de la revalorisation des pensions a permis de maintenir dans le système des familles dont certains membres percevaient une pension.

Aux termes de l'arrêté ministériel n° 39 du 15 janvier 2009, le montant de base des allocations familiales et du complément servi pour chaque enfant de moins de 18 ans a changé ; il dépend à présent du coefficient de vulnérabilité du foyer, de son lieu de résidence et du nombre de membres âgés de moins de 18 ans. Le montant minimum des allocations familiales attribuées à un personne

isolée titulaire d'une pension équivaut à leur montant de base, qui s'établissait à 8 000 AMD en 2008 et à 10 000 AMD en 2009.

Le tableau ci-après indique les montants des prestations servies.

		2008	2009	
Coefficient de vulnérabilité		30.00	30.00	
Montant de base		8000	10000	
Montant de base pour les familles sans enfants mineurs				
Complément par enfant de moins de 18 ans	Différentiation			
	30.01-35.00		5000	5500
		Familles nombreuses (4 enfants mineurs ou plus)	6000	6500
		Zones montagneuses et régions frontalières	5500	6000
		Familles nombreuses en zones montagneuses et dans les régions frontalières	6500	7000
	35.01-39.00		5500	6000
		Familles nombreuses	6500	7000
		Zones montagneuses et régions frontalières	6000	6500
		Familles nombreuses en zones montagneuses et dans les régions frontalières	7000	7500
	39.01 et plus		6000	6500
		Familles nombreuses	7000	7500
		Zones montagneuses et régions frontalières	6500	7000
		Familles nombreuses en zones montagneuses et dans les régions frontalières	7500	8000
Aide d'urgence		8000	10000	

Entre janvier et avril 2010, le coefficient de vulnérabilité et les montants des prestations sont demeurés inchangés. Depuis mai 2010, à la suite de la hausse du prix du gaz, le montant de base des allocations familiales a été majoré de 3 500 AMD pour atteindre 13 500 AMD ; le montant mensuel moyen des allocations familiales a lui aussi augmenté de 3 500 AMD.

La loi relative aux prestations servies par l'Etat prévoit, en son article 18, la possibilité d'accorder, sur décision de la commission d'assistance sociale, une aide d'urgence aux familles qui sont officiellement considérées comme vulnérables et ne peuvent prétendre aux allocations familiales, lorsqu'elles sont confrontées à une situation difficile qui nécessite une solution urgente (remboursement partiel des frais de scolarité, situation de crise ou problèmes matériels temporaires). Cette aide équivaut au montant de base des allocations familiales, à savoir 13 500 AMD (mai 2010).

Dans le même temps, dans un contexte de crise économique et financière mondiale, aucune coupe n'a été opérée en 2009 dans les dépenses sociales : elles ont été intégralement couvertes, et la loi de finances 2010 prévoit une hausse de 2% de ces dépenses par rapport à 2009.

Selon l'arrêté ministériel, lorsque la vulnérabilité d'une famille atteint un coefficient de 36, elle a droit à une assistance médicale gratuite.

Les soins de santé primaires dispensés dans les polycliniques sont gratuits pour tous les citoyens.

Quant aux personnes handicapées, elles bénéficient de la gratuité des traitements médicaux. Pour les personnes relevant des deux premières catégories de handicap, les médicaments sont délivrés gratuitement ; celles qui entrent dans la troisième catégorie ne doivent acquitter que 50% de leur prix.

Droit de recours et aide judiciaire

L'article 10 de la loi relative à l'assistance sociale énonce les différents types d'aides pécuniaires, en particulier les prestations servies par l'Etat ; l'article 25 de ce même texte indique les délais impartis pour statuer sur une demande d'assistance sociale dans le cadre des dispositifs mis en place par les

pouvoirs publics et les voies de recours offertes en cas de refus. Le point 5 de cet article précise qu'un citoyen peut contester les interventions ou l'absence d'intervention des services sociaux d'une collectivité territoriale en formant un recours auprès du chef de l'administration locale, auprès de l'organisme public agréé par l'Etat pour les questions d'assistance sociale et/ou devant les tribunaux.

L'arrêté ministériel n° 2337 du 29 décembre 2005 dispose, en son 1er point, que l'organisme public agréé par l'Etat pour les questions d'assistance sociale est le ministère arménien du Travail et des Affaires sociales.

Le 18 février 2004, l'Assemblée nationale arménienne a voté une loi relative aux fondements et processus administratifs, qui a pris effet au 1^{er} janvier 2005. Ce texte régit les modalités d'adoption des actes administratifs, les formes de recours dont ces actes, de même que les interventions et l'absence d'intervention des services administratifs, peuvent faire l'objet, les liens entre les services administratifs et les personnes physiques ou morales pour l'exécution des actes administratifs, les dépenses administratives et le remboursement des préjudices d'ordre administratif. C'est cette loi qui encadre la procédure d'admission au bénéfice des allocations familiales, en tant que procédure d'adoption d'un acte administratif.

Champ d'application personnel

Les ressortissants étrangers titulaires d'un permis de séjour qui résident en Arménie peuvent, s'ils viennent à se trouver en situation vulnérable, demander à bénéficier de l'un des dispositifs d'assistance sociale dès lors qu'ils remplissent les conditions requises pour la forme d'aide sollicitée telles qu'énoncées dans les lois, arrêtés ministériels ou autres textes juridiques arméniens, qui s'appliquent de la même manière aux ressortissants nationaux.

Cette disposition est inscrite à l'article 6 de la loi relative à l'assistance sociale et à l'article 2 de la loi relative aux prestations servies par l'Etat. »

260. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 13§1 BELGIQUE

Le Comité conclut que la situation de la Belgique n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte révisée au motif que la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) n'est pas accordée aux étrangers sans ressources, à moins qu'ils ne soient couverts par la réglementation communautaire ou soient ressortissants d'un Etat ayant conclu un accord de réciprocité avec la Belgique.

261. La représentante de la Belgique fait savoir que le champ d'application de la législation en matière de garantie de revenus pour les personnes âgées a été étendu aux ressortissants des Etats parties à la Charte par une loi du 6 mai 2009 (texte qui a modifié la loi initiale de 2001). Cette modification prendra effet à une date qui sera fixée par un arrêté royal actuellement en préparation.

262. Le Comité prend note de cette évolution positive dont il félicite le gouvernement de la Belgique. Il décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 13§1 BULGARIE

Le Comité conclut que la situation de la Bulgarie n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte révisée pour les motifs suivants :

- il n'est pas établi que les personnes en situation de besoin, qui cessent de bénéficier de l'assistance sociale après douze mois, puissent obtenir des ressources nécessaires pour faire face, dans des conditions conformes à la dignité humaine, aux dépenses de la vie courante ;
- les personnes qui perdent leur droit à l'assistance sociale n'ont pas accès à l'assistance médicale que leur état pourrait nécessiter ;
- le montant de l'aide servie au titre de l'assistance sociale est manifestement insuffisant ;
- il n'est pas établi que les personnes âgées sans ressources bénéficient d'une assistance sociale d'un niveau suffisant ;
- l'octroi de l'assistance sociale aux ressortissants étrangers est subordonné à une condition de résidence continue sur le territoire bulgare, dont la durée est excessive.

Premier, deuxième et quatrième motifs de non-conformité

263. La représentante de la Bulgarie a fourni par écrit les informations suivantes :

1. « Réclamation collective n° 48/2008

Le 28 mars 2008, le Conseil de l'Europe a été saisi de la réclamation collective n° 48/2008 contenant des allégations de non-conformité avec les dispositions de l'article 13 § 1 et de l'article F de la Charte sociale européenne (révisée) régissant le droit à l'assistance sociale et le principe de non-discrimination. La réclamation porte en particulier sur la modification apportée à la loi relative à l'assistance sociale de février 2006, qui a limité à douze mois sans interruption – au lieu de dix-huit mois auparavant – la durée pendant laquelle les chômeurs en âge de travailler sont en droit de recevoir des prestations mensuelles d'assistance sociale.

Comme cela a déjà été précisé dans la Réclamation collective n° 46 du 23 février 2010, la disposition contestée (article 12.c)) a été abolie par un amendement à la loi relative à l'assistance sociale, promulgué par publication au Journal officiel qui prendra effet au 1^{er} janvier 2011.

L'Agence pour l'assistance sociale effectue un suivi hebdomadaire des personnes qui ne peuvent plus prétendre à l'assistance sociale ; elle prend ainsi des mesures, de pair avec l'Agence nationale pour l'emploi, pour les aider à trouver une solution à long terme quant à leur avenir professionnel. Certaines mesures spécifiques visent les Roms sans emploi inscrits sur les registres des bureaux de placement : c'est le cas, entre autres, des programmes nationaux intitulés «De l'assistance sociale à l'emploi» et «Activation des Inactifs». Depuis janvier 2010, 103 Roms sont employés en qualité de médiateurs dans 72 bureaux de la Direction générale du travail pour aider les inactifs à vaincre leur découragement, à « s'activer » et à intégrer le marché du travail. Durant la période 2006-2009, 125 Roms au total ont suivi une formation pour travailler comme médiateurs.

Entre 2006 et 2009, l'Agence nationale pour l'emploi a organisé vingt bourses pour l'emploi s'adressant spécifiquement à la communauté rom qui ont permis à 3 117 personnes de trouver un emploi.

2. Réclamation collective n° 46/2008

Veuillez vous reporter aux informations fournies dans le cadre de l'article 11§1.

3. Les personnes âgées sans ressources bénéficient d'une assistance sociale adéquate

Le système d'assistance sociale bulgare prévoit l'octroi de prestations d'aide sociale aux personnes et familles en très grande difficulté dont les revenus mensuels sont inférieurs au revenu minimal différencié. Le montant de celui-ci, fixé individuellement pour toute personne, est égal au produit de la multiplication d'un montant de base appelé «revenu minimal garanti» (fixé par la loi et servant de base à la détermination du montant de l'aide sociale et de l'accès au système d'assistance sociale) par un coefficient (%) établi sur la base de divers facteurs individuels (âge, scolarisation de l'enfant, situation médicale, nombre de personnes composant le ménage, etc.). Le revenu minimal différencié d'une famille correspond à la somme des revenus minimaux différenciés de tous les membres de la famille. Le revenu minimal garanti, qui représente la base de calcul de l'aide, est fixé par décision du Conseil des ministres. Comme mentionné dans le document de travail, le Gouvernement bulgare a étudié la possibilité d'augmenter le montant de l'aide sociale. Le montant du revenu minimal garanti a été augmenté de 18,2 % en 2009, par décision du Conseil des ministres, entraînant ainsi une revalorisation des prestations d'aide sociale.

En ce qui concerne les primes de chauffage, il y a lieu de souligner que vu la nécessité de reconsidérer les seuils d'accès pour tenir compte de l'apparition de nouveaux problèmes, les conditions d'octroi de cette aide ont été modifiées à plusieurs reprises au cours des cinq dernières années, et ont de ce fait été constamment adaptées à la situation du moment. Grâce à ces nombreuses modifications, le montant de la prime de chauffage est passé en 2009 à 55 levs bulgares par mois, ce qui représente une augmentation de plus de 100 % par rapport au montant indiqué dans le document de travail.

Durant les cinq dernières années, la Bulgarie a consenti des efforts considérables pour améliorer et revaloriser les prestations de sécurité sociale, en particulier en ce qui concerne les pensions.

Entre 2005 et 2009, les dépenses de pensions ont augmenté de près de 72 %. La part de ces dépenses dans le produit intérieur brut (PIB) est passée dans cette même période de 8,8 % à 9,78 % (tableau 1).

Tableau 1 :
Dépenses de pensions (2005-2009)

Indicateur	Année		2005	2006	2007	2008	2009
			Dépenses de pensions (en millions de levs bulgares)	(millions de levs bulgares)	3 771,49	4 203,80	4 675,40
Dépenses de pensions en tant que % du PIB	(%)		8,80	8,50	8,30	8,40	9,78

Source : Institut national de la statistique et Institut national d'assurance.

Les mesures prises dans le domaine des pensions se sont traduites par l'augmentation progressive du montant des prestations. Le tableau 2 illustre cette augmentation au cours des cinq dernières années.

Tableau 2 :

Indicateur	Année	Levs bulgares	2005	2006	2007	2008	2009
			1. Montant moyen de la pension d'un retraité	(levs bulgares)	134,63	152,08	171,62
2. Montant minimal de la pension en fonction de la durée de cotisation et de l'âge de départ à la retraite (moyenne pour l'année)	(levs bulgares)	65,65	78,73	91,59	108,17	130,46	
3. Pension sociale de vieillesse (moyenne pour l'année)	(levs bulgares)	57,08	63,00	68,41	80,18	96,70	

Source : Institut national d'assurance.

Le montant de la pension sociale de vieillesse est fixé par le Conseil des ministres, sur proposition du ministre du Travail et de la Politique sociale, ainsi que de l'Institut national d'assurance. Il ne peut être inférieur à 40 % du seuil de pauvreté établi pour le pays.

Le Gouvernement bulgare est aussi très attentif à la nécessité pour le système d'assistance sociale de concilier parfaitement les besoins de la population et les capacités financières du pays, de manière à s'assurer la confiance des citoyens dans les politiques qu'il met en place et leur soutien.»

264. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

Troisième motif de non-conformité

265. La représentante de la Bulgarie déclare que les prestations d'assistance sociale servies aux personnes nécessiteuses sont fixées à titre individuel en fonction de la situation de chacun. Elle signale aussi qu'en 2009, la prestation de base - le RMG - a été relevée de 18,2%. De plus, le montant moyen de l'allocation de chauffage (principale prestation complémentaire) a été doublé.

266. Le représentant de la CES se demande si les hausses dont il est fait état peuvent avoir un impact réel ou positif sur leurs bénéficiaires, sachant que le montant initial des prestations est très faible au regard du seuil de pauvreté.

267. Le Comité prend note de ces évolutions et encourage le Gouvernement à continuer de relever le niveau des prestations d'assistance sociale. Il invite le Gouvernement à

fournir toutes informations utiles dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

Cinquième motifs de non-conformité

268. La représentante de la Bulgarie précise que l'assistance sociale est octroyée aux ressortissants de l'UE, aux personnes qui résident de manière permanente sur le territoire national (après cinq années de séjour en Bulgarie), à celles ayant le statut de réfugié ou lorsqu'un traité international le prévoit ainsi. La restructuration du système d'assistance sociale étant toujours en cours, il est impossible pour l'instant d'élargir le champ d'application personnel du dispositif, puisque cet élargissement constituerait une charge immense pour le budget de l'assistance sociale qui s'effondrerait..

269. Elle indique également qu'une stratégie nationale sur les migrations et l'intégration des ressortissants étrangers a été adoptée pour la période 2008-2015. Des propositions seront formulées dans le but de remédier aux problèmes d'accès au marché du travail bulgare des personnes dont celui-ci a besoin.

270. Le Comité prend note de ces explications et invite le Gouvernement à fournir toutes autres informations utiles dans son prochain rapport. Entre-temps, il décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 13§1 ESTONIE

Le Comité conclut que la situation de l'Estonie n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte révisée, au motif que le niveau de l'assistance sociale accordée aux personnes seules sans ressources est insuffisant.

271. La représentante de l'Estonie fait la déclaration ci-après.

« Les points soulevés par le Comité se répartissent en trois groupes :

- 1) l'importance des aides au logement ;
- 2) le niveau de subsistance et le montant de l'allocation de subsistance ;
- 3) les soins de santé pour les personnes non couvertes par l'assurance maladie.

J'y répondrai dans le même ordre.

(1) Importance des aides au logement - Le Comité a cru comprendre que le niveau de subsistance – aussi appelé « montant garanti » - était établi en tenant compte des dépenses minimales nécessaires à la satisfaction des besoins essentiels d'une personne (alimentation, habillement, chaussures et autres biens et services). Des revenus inférieurs à ce seuil après déduction des frais de logement ouvrent droit à une allocation de subsistance (c.-à-d. une aide sociale). Le montant de l'allocation de subsistance est calculé en fonction des revenus et des frais de logement du demandeur. Les personnes sans ressources reçoivent une somme équivalant au niveau de subsistance et leurs frais de logement sont couverts par l'allocation précitée.

Les frais de logement sont pris en compte dans la limite d'une superficie fixée par la loi selon un critère dit « socialement raisonnable », à savoir une surface de base de 15 m² pour le foyer à laquelle s'ajoutent 18 m² par occupant. Les frais de logement déterminés par l'Etat ne sont pas plafonnés. Le calcul de l'allocation de subsistance intègre les postes de dépenses suivants :

- 1) loyer effectif ou charges afférant à l'appartement ;
- 2) consommation d'énergie thermique ou de combustible pour le chauffage ou l'alimentation en eau chaude ;

- 3) consommation d'eau et coût des services d'assainissement ;
- 4) consommation d'électricité ;
- 5) consommation de gaz ;
- 6) impôts fonciers ;
- 7) assurance habitation ;
- 8) taxes d'enlèvement des ordures ménagères.

Les sommes restant dues au titre des frais de logement ne sont pas couvertes par les crédits réservés aux allocations de subsistance. En d'autres termes, les frais liés au logement doivent être acquittés en totalité et de manière régulière – c.-à-d. au cours du mois durant lequel est versée l'allocation correspondante. A défaut, si des sommes demeurent impayées, les collectivités locales peuvent envisager d'autres formes d'assistance (consultation en matière d'endettement, par exemple) pour aider les intéressés à établir un échéancier de remboursement réaliste.

La loi donne aux collectivités locales (qui octroient et versent les allocations de subsistance) le droit de plafonner les frais de logement, en tenant compte de la nécessité de garantir un niveau de subsistance suffisant. Dans les faits, aucun cas d'expulsion d'un logement imputable à de telles restrictions n'a jamais été signalé, mais il est arrivé qu'une personne (seule) ait reçu aide et conseils pour changer de logement et en prendre un autre qui soit plus raisonnable. Ces cas sont toutefois peu fréquents – le maintien dans les lieux est la solution la plus souvent choisie. Cette politique contribue, nous semble-t-il, à éviter l'émergence de ghettos – nous ne voulons pas que les foyers aux revenus modestes se retrouvent à habiter dans certaines zones où le logement est meilleur marché. Nous souhaitons au contraire favoriser leur intégration autant que faire se peut.

- (2) Niveau de subsistance et montant de l'allocation de subsistance - Il est à noter que le niveau de subsistance n'équivaut pas à l'allocation de subsistance ; les montants indiqués dans la conclusion – 2 341 EEK (221 €) et 900 EEK (58 €) - ne sont donc pas comparables : le premier est calculé sur la base du revenu médian ajusté, tandis qu'au second peuvent venir s'ajouter les frais réels au titre du logement.

Depuis 2004, date de la première conclusion négative, l'Estonie a progressivement relevé le niveau de subsistance. De 500 EEK (32 €) en 2004, il est passé à 750 EEK (48 €) en 2005, puis à 900 EEK (57,5 €) en 2007, pour atteindre 1 000 EEK (64 €) au 1^{er} janvier 2008 (hors période de référence).

Le niveau de subsistance est fixé et révisé par le Parlement lors de chaque exercice budgétaire en tenant compte des dépenses minimales correspondant aux besoins essentiels de la personne (alimentation, habillement, chaussures et autres biens et services).

En 2007¹, le coût du panier alimentaire minimum était de 1 031 EEK (€ 66). Le niveau de subsistance couvre donc en réalité les dépenses minimales d'alimentation et de logement (comme nous l'avons déjà expliqué). En outre, si l'on prend comme point de comparaison l'indice des prix à la consommation, la valeur réelle du niveau de subsistance a augmenté : elle est passée de 844 EEK (53,9 €) en 2007 (pour une valeur théorique de 900 EEK, soit 57,5 €), à 1 000 EEK (64 €) en 2009 - c.-à-d. l'équivalent de sa valeur reconstituée.

Il ne faut pas confondre la notion de niveau de subsistance et l'allocation de subsistance. Le niveau de subsistance représente un taux donné ; l'allocation de subsistance est quant à elle calculée séparément pour chaque famille et son

¹ Dernières données disponibles.

montant varie au fil des mois, en fonction des revenus perçus par la famille au cours du mois en question et des dépenses encourues le même mois au titre du logement. Le montant de l'allocation de subsistance était en moyenne de 1 312 EEK (83,9 €) en 2007; il a ensuite augmenté pour s'établir à 1 666 EEK (106,5 €) en 2009. En 2007, les dépenses de logement représentaient près de 45% du montant total de l'allocation ; en 2009, elles atteignaient 47%.

Bien que l'allocation de subsistance soit servie par les collectivités locales, elle est financée par l'Etat. Les collectivités locales peuvent verser des aides sociales complémentaires aux personnes en difficulté. Elles peuvent ainsi, au vu des ressources familiales, prendre en charge les frais de traitements médicamenteux, intervenir dans le coût de certains services sociaux (notamment les frais de garde d'enfants), contribuer aux frais de scolarité, etc. Des repas scolaires sont fournis gratuitement à tous les enfants. En plus de ces prestations, les collectivités locales proposent des services d'aide sociale aux familles en situation de besoin. La loi fait obligation aux collectivités locales d'offrir des services de conseils et d'orientation aux personnes qui sollicitent une allocation de subsistance ainsi qu'aux membres de leur famille. Dans le contexte de la crise que nous traversons actuellement, les services sociaux ont été maintenus et de nouveaux services de protection sociale et centres d'orientation proposant des consultations sur des questions sociales, psychologiques, financières (endettement) et juridiques ont été mis en place. La multiplication des mesures actives en faveur de l'emploi a entraîné un accroissement des investissements consacrés à la formation des adultes, aux clubs d'emploi, aux crédits de formation destinés aux micro-entreprises et aux travailleurs indépendants, etc.

Le droit de recevoir une aide de l'Etat est un droit essentiel inscrit dans la Constitution. Les allocations de subsistance sont accordées sur une base mensuelle, sans limitation de durée. Les collectivités locales sont toutefois en droit de refuser d'octroyer des allocations de subsistance lorsque l'intéressé est en âge et capable de travailler, mais ne suit aucune formation ni ne travaille et a refusé à plusieurs reprises, sans raison valable, un travail convenable, un dispositif d'aide à l'emploi proposé par les services de l'emploi ou les services sociaux, ou une formation des collectivités locales axée sur l'acquisition des aptitudes nécessaires pour subvenir à ses besoins. Ce principe va dans le sens de la politique indiquée ci-dessus, à savoir inciter les citoyens à demeurer actifs, favoriser leur participation au marché du travail et faire en sorte que l'allocation de subsistance reste une aide temporaire à utiliser en dernier ressort.

Nous avons conscience que nos mesures sont minimales et qu'il nous faut dégager davantage de ressources financières pour ceux qui sont dans le besoin. Cette question a pris une importance particulière dans le contexte de la crise économique, qui a eu pour effet de réduire les possibilités d'obtention d'aides complémentaires locales ou ponctuelles. Nous travaillons actuellement sur plusieurs projets qui concernent l'allocation de subsistance. Nous étudions tout d'abord la possibilité de relever le niveau de subsistance. Ensuite, nous avons lancé une étude sur l'utilisation qui est faite des allocations de subsistance et sur l'incidence qu'elles ont en termes d'allègement de la pauvreté. Seront ici analysés les modalités d'octroi des allocations, les pièges qu'elles peuvent receler, les incitations à l'emploi, la prise en charge individualisée, ou encore leur incidence sur la situation socio-économique de leurs bénéficiaires ; des pistes seront par suggérées quant aux mesures d'ordre général qui pourraient être mises en place.

(3) Soins de santé pour les personnes non couvertes par l'assurance maladie. Plus de 95% de la population estonienne est couverte par l'assurance maladie. Les quelque 4% qui ne le sont pas se composent pour l'essentiel de chômeurs non inscrits, de personnes dont les ressources sont exonérées de charges sociales (dividendes, par exemple) et de personnes rémunérées et/ou couvertes par une assurance maladie à l'étranger.

Quiconque n'a pas de couverture santé est assuré de pouvoir bénéficier de soins médicaux d'urgence. Toute personne présente sur le territoire estonien peut prétendre à des soins. En l'absence d'assurance maladie, la prise en charge médicale sera organisée par la collectivité locale et imputée au budget de l'Etat ; l'intéressé sera ainsi dirigé vers un médecin généraliste et le coût des soins ou des médicaments lui sera remboursé. La question du droit à l'assistance médicale ne pose en fait aucun problème. Le champ d'application personnel de l'assurance maladie a été dernièrement élargi. Avant le 1er mai 2009, elle couvrait les personnes sans emploi qui remplissaient au minimum les conditions d'admission au bénéfice des indemnités de chômage ; depuis, elle couvre toute personne qui s'est inscrite au chômage. Des discussions sont en cours afin d'étudier la possibilité d'améliorer le niveau des soins médicaux accordés aux non-assurés. Il a ainsi été suggéré de leur garantir l'accès aux médecins généralistes. »

272. A l'issue de son exposé, la représentante de l'Estonie indique, en réponse aux questions posées par la Présidente et par les représentants de la République tchèque, de la Pologne, de la France et de la CES, que :

- la plupart des informations communiquées sont nouvelles ;
- les quelques 5% de personnes qui n'ont pas droit à l'assurance maladie sont notamment celles qui ne sont pas inscrites comme demandeurs d'emploi ou qui sont couvertes par une autre assurance ;
- le cas échéant, les frais de logement sont couverts par les allocations de subsistance (c'est-à-dire que les allocations de subsistance sont constituées de l'allocation minimale de subsistance garanti et des frais au logement) ;
- les refus d'octroi d'allocations de subsistance sont très rares ;
- les personnes non admises au bénéfice de l'allocation de subsistance peuvent en tout état de cause obtenir des soins médicaux d'urgence ;
- les personnes seules sans ressources ont droit à 1 000 EEK (64 €) par mois, somme à laquelle s'ajoute l'aide au logement.

273. La représentante de l'Estonie ajoute que ses autorités sont conscientes de ce que l'allocation de subsistance est inférieure au seuil de pauvreté établi par Eurostat. Elle réaffirme cependant que, compte tenu de la situation financière difficile que connaît le pays, le Gouvernement n'est pas en mesure, pour l'instant, de relever le montant de ces aides.

274. Le Comité se félicite des progrès réalisés en Estonie, encourage le Gouvernement à poursuivre ses efforts en vue d'améliorer l'assistance accordée aux personnes seules, et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS concernant l'article 31 de la Charte révisée.

CSE 13§1 FRANCE

Le Comité conclut que la situation de la France n'est pas conforme à l'Article 13.1 de la Charte révisée pour les motifs suivants :

- les jeunes de moins de 25 ans n'ont pas droit à une assistance sociale suffisante ;

- l'octroi du revenu minimum d'insertion aux étrangers non communautaires possédant un titre de séjour temporaire est subordonné à l'accomplissement d'une période de résidence de cinq ans sur le territoire français ;
- il n'est pas établi que le droit de recours en matière d'assistance sociale soit effectif.

Premier motif de non-conformité

275. La représentante de la France déclare que : « Le RMI n'existe plus. La loi du 1^{er} décembre 2008, entrée en vigueur le 1^{er} juin 2009, prévoit l'instauration du revenu de solidarité active (RSA). Le RSA est une prestation qui se substitue à deux minimas sociaux – le RMI et l'allocation de parent isolé (API) et à trois dispositifs d'intéressement de retour à l'emploi (la prime forfaitaire de retour à l'emploi, la prime de retour à l'emploi et l'intéressement temporaire). Le RSA peut être de deux natures : RSA socle – 460,09 euros / mois pour une personne seule (équivalent au RMI attribué aux personnes qui ne travaillent pas de tout) ; RSA activité-complément destiné aux personnes qui travaillent mais dont les ressources n'atteignent pas un certain niveau de revenu (par exemple travail à $\frac{3}{4}$ de temps, revenu à 771 euros, complément 111 euros). Jusqu'alors, les jeunes de moins de 25 ans n'avaient pas droit au RSA. Or, l'Article 135 de la Loi des finances pour 2010¹ a inscrit dans le droit français le principe de l'extension du RSA aux jeunes de moins de 25 ans, dès lors que ces derniers ont exercé une activité professionnelle pendant deux ans dans les trois dernières années. Désormais, les travailleurs de moins de 25 ans qui respectent cette condition d'activité auront accès à la même prestation que leurs aînés. En outre, pour ceux d'entre eux qui se trouvaient privés d'emploi, ils pourront, à l'issue de leur période de droits à l'assurance chômage, bénéficier de la garantie de ressources offerte par le RSA. La mise en place de ce nouveau dispositif a débuté le 1^{er} septembre 2010. Ainsi, les jeunes de moins de 25 ans auront accès au RSA ».

276. La Présidente marque son appréciation en relation aux changements présentés. Toutefois, elle constate que la nouvelle loi ne garantit pas l'assistance à tous les jeunes de moins de 25 ans. Le représentant de la CES demande avec quelles ressources pourrait vivre un jeune de moins de 25 ans qui n'habite plus avec sa famille originaire et qui n'a jamais travaillé. Par ailleurs, le même représentant souhaite savoir quel est le seuil de pauvreté en France. A ce propos, la représentante de la France indique qu'elle n'est pas en mesure de fournir des informations à jour. Concernant la première question, elle fait référence aux prestations additionnelles telles que les allocations d'apprentissage (environ 1000 euros = SMIC), les stages de formation, les allocations de logement. Par ailleurs, elle mentionne l'existence des « missions locales », instances créés au niveau territorial afin de permettre aux jeunes d'entrer en contact avec des acteurs susceptibles de les aider (sous la forme d'aides ponctuelles, de propositions d'emploi, de stages de formation, d'allocations d'apprentissage, d'aides pour le logement, etc.). Elle explique que l'objectif des autorités françaises est de pousser les jeunes de moins de 25 ans à trouver un emploi ; elle tient à préciser que – compte tenu du fait que la loi vient d'entrer en vigueur - il est pour le moment difficile de savoir si certains jeunes restent quand-même exclus des nouvelles formes d'assistance mises en place.

277. Les représentants des Pays-Bas et de la Pologne considèrent que l'approche des autorités françaises est constructive.

278. La représentante de la République Tchèque estime qu'un jeune qui n'a pas de travail pourrait se trouver en difficulté et qu'il devrait être aidé.

¹ Loi n°2009-1673 du 30 décembre 2009 de finances pour 2010.

279. La représentante de l'Islande considère qu'il y a le risque que les jeunes de moins de 25 ans qui ne vivent plus dans leur famille et ne bénéficient pas d'aides particulières, se retrouvent exclus de la vie sociale ; pour cette raison, malgré les progrès accomplis, elle propose d'adresser un avertissement au gouvernement de la France.

280. La représentante de la République tchèque partage cette proposition.

281. Faisant suite à une question posée par la représentante de la Norvège, la représentante de la France explique que le marché du travail en France suit les mêmes tendances du marché du travail des autres pays européens. Elle observe que, peut-être, en France les jeunes ont tendance à rester plus longtemps dans leurs familles respectives que dans les pays scandinaves.

282. Le Comité demande instamment au gouvernement de la France d'assurer une protection adéquate pour tous les jeunes avec moins de 25 ans qui ne travaillent pas.

Deuxième motif de non-conformité

283. La représentante de la France indique que « la mise en œuvre du RSA n'a pas modifié les conditions d'octroi de la nouvelle prestation par rapport au RMI, la condition de résidence de 5 ans sous couvert d'un titre de séjour autorisant à travailler sur le territoire pour les ressortissants étrangers non communautaires ayant été reconduite ».

284. La Présidente constate que la situation n'a pas évolué. La représentante de la République tchèque estime qu'il est nécessaire de procéder à un vote sur une proposition de Recommandation ou un avertissement.

285. Le représentant de la Turquie estime que le problème est sérieux et fait référence à la Convention 118 du Bureau international du travail.

286. Le représentant de la CES considère que la condition de la résidence pose un problème de discrimination.

287. Compte tenu de la procédure suivie dans des cas similaires, le Comité décide de procéder au vote. La proposition de Recommandation n'est pas approuvée (0 votes en faveur, 20 contre et 10 abstentions). Le Comité procède à un second vote pour savoir s'il adresse un avertissement au gouvernement. L'avertissement est approuvé (12 en faveur, 6 contre et 10 abstentions).

Troisième motif de non-conformité

288. La représentante de la France indique que « dans le dernier rapport il était expliqué qu'une remise à jour des textes législatifs et réglementaires était en cours. Cette remise à jour s'inscrit dans une réflexion globale 'des politiques publiques et des réformes engagées pour moderniser l'administration de l'Etat français' qui s'est traduit notamment par une extension du champ de compétence du juge administratif dans le domaine social aux dépens de juridictions sociales spécialisées et par l'amélioration des procédures devant les juridictions de l'aide sociale.

1. Le champ de compétence des juridictions de l'aide sociale a été réduit par les mesures suivantes :

- suppression des commissions départementales des travailleurs handicapés et le transfert du contentieux aux tribunaux administratifs juridictions de droit commun (Loi du 11/02/2005) ;
- le contentieux du DALO (droit au logement opposable) a été confié aux tribunaux administratifs (loi du 05/03/2007) ;
- la Loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 relative au RSA, par une modification de l'Article L. 134.1 du Code de l'action sociale et des familles, a confié le contentieux s'y rapportant aux tribunaux administratifs. Ainsi, le champ d'application de compétence des juridictions de l'aide sociale a été réduit.

2. Sur les procédures devant les juridictions de l'aide sociale :

Bien que ces juridictions soient indispensables de part leurs dimensions sociales, la question de l'amélioration des procédures reste une préoccupation de l'administration, d'autant plus pressante que le Conseil d'Etat, juge suprême, casse de plus en plus les décisions en ce domaine (notamment sur le fondement de l'Article 6 de la CEDH concernant le droit à un procès équitable). Une réflexion a été engagée depuis quelques années et n'a pas encore abouti.

Dans l'attente, la France a rappelé à ses services déconcentrés qui assurent les greffes des juridictions sociales et aux présidents, issus des corps de la magistrature, que tant l'administration de la justice que la composition de la commission devait respecter les principes que consacre l'Article 6 de la CEDH tout en notant que les difficultés rencontrées par certaines juridictions départementales de l'aide sociale résultent du fait qu'un nombre élevé des informations nécessaires aux instructions de certains recours dépend d'informations détenues par des instructeurs multiples (organismes de sécurité sociale, collectivités territoriales, organismes d'allocations chômage...) qui n'ont pas tous en outre, la capacité de restituer l'information nécessaire dans les délais requis. Ces difficultés ont en partie présidé au choix fait par la France dans la mise en place de son dispositif RSA pour les personnes en difficultés de renvoyer les recours à la voie juridictionnelle de droit commun ».

289. La représentante de la République tchèque constate que des changements importants sont intervenus sur le plan de la législation.

290. La représentante de la France confirme que différentes lois ont été adoptées : non seulement en 2008, mais également en 2005 et 2007.

291. La Présidente estime que ces changements représentent une évolution positive et qu'ils vont probablement contribuer à rendre le système plus efficace.

292. Le Comité prend note des modifications législatives présentées par la représentante de la France et décide d'attendre la prochaine appréciation du Comité européen des Droits sociaux.

CSR 13§1 ITALIE

Le Comité conclut que la situation de l'Italie n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte révisée au motif qu'il n'est pas établi que le montant de l'aide sociale soit suffisant.

293. La représentante de l'Italie a fourni par écrit les informations suivantes :

« En ce qui concerne les questions soulevées par le Comité européen des droits sociaux, nous vous renvoyons à ce qui a été illustré dans le dernier rapport du gouvernement italien en relation avec cet article ainsi qu'à la réponse du représentant italien du comité gouvernemental de la Charte sociale européenne concernant le cadre juridique du revenu minimum d'insertion (RMI) (Cf. art.3..1^{er} paragraphe) à l'occasion de la 113^{ème} et de la 114^{ème} session (qui se sont tenues respectivement du 12 au 14 septembre 2006 et du 10 au 12 octobre 2006) pour une meilleure compréhension.

Au vu de ce qui a été exposé précédemment, il est bon de rappeler la sentence n°423/2004 par laquelle la Cour constitutionnelle affirme la compétence exclusive des régions en matière d'assistance sociale, en réservant uniquement à l'État le pouvoir de définir les niveaux d'assistance en ce qui concerne les prestations sociales de base (LEP) tel que le prévoit la section V de la Constitution, notamment dans l'article 117, II^{ème} alinéa, *point m de la Constitution*).

Par conséquent, l'État ne peut pas intervenir pour définir les montants de l'aide sociale qui varient d'un endroit à un autre car ces derniers sont établis par la loi à l'échelle locale. En effet, l'État ne peut pas intervenir là où le revenu minimum d'insertion existe encore au niveau territorial. Ainsi, le gouvernement italien ne peut pas répondre à la demande du Comité européen concernant le montant moyen des prestations complémentaires versées à une personne célibataire et sans revenu.

Toutefois, nous soulignons qu'aux endroits où il existe une typologie de RMI ou une mesure d'encouragement qui y ressemble au niveau territorial (Cf. tableau ci-dessous), les montants de l'aide sociale sont recalculés chaque année. Par ailleurs, les données fournies par le système d'information mutuelle sur la protection sociale dans les États-membre de l'UE et de l'EEE (MISSOC) qui sont citées dans les conclusions du Comité datent du 1^{er} mai 2004 tandis que les plafonds prévus ont augmenté au cours des dernières années comme le montre le tableau suivant :

Tableau 1 : MESURES EN MATIÈRE DE SYSTÈMES D'AIDE SOCIALE LOCALE AU NIVEAU TERRITORIAL

Région/Province	Schéma d'assistance	Référence législative	Montant mensuel
Bolzano	Revenu minimum d'insertion	Loi n°13/1991	559 euros par mois et par personne sujets à variation en fonction du nombre de membres au sein de la famille.
Trente	Minimum vital	Lois n°14/1991 et n°13/2007	Sur la base d'un projet d'assistance défini par une équipe de plusieurs professionnels.
Vallée d'Aoste	Minimum vital	Loi n°19/1994	La différence entre le plafond du revenu mensuel perçu pour bénéficiaire du RMI et le revenu disponible effectif.
Basilicate	Citoyenneté solidaire	Loi n°3/2005	La différence entre le plafond du revenu mensuel perçu pour bénéficiaire du RMI et le revenu disponible effectif jusqu'à un maximum de 300 euros pour les familles constituées d'un seul membre et de 250 euros pour chaque membre d'une famille nombreuse multiplié en fonction d'une échelle de revenu équivalente.
Pouilles	Revenu minimum d'insertion	Loi n°19/2006	Définis en fonction des difficultés économiques et de l'invalidité, partielle ou totale, à participer activement à la vie sociale et au marché du travail.
Latium	Revenu minimum garanti	Loi n°4/2009	Environ 530 euros par mois (avec un maximum de 7 000 euros par an).

Prestations complémentaires

Les initiatives en matière de revenu minimum prévues au niveau territorial présentent des caractéristiques qui correspondent à celles qui ont été établies dans la communication de la Commission européenne COM (2006) 44 sur la promotion de l'intégration active :

1. *satisfaire les besoins primaires pour un niveau de vie minimum grâce à l'assistance aux individus et aux personnes à leur charge lorsque ces dernières n'ont pas d'autres sources de soutien financier ;*
2. *financer les prestations complémentaires grâce à la fiscalité générale (régime sans impôts) ;*

3. répondre à toute une série de critères (parmi lesquels figurent l'âge, la situation familiale ainsi que la période de séjour dans la province) ;
4. mettre en place des mesures pour vérifier la situation de besoin et veiller à ce que les autorités fassent preuve d'une certaine discrétion ;
5. l'accès aux prestations complémentaires doit dépendre de la capacité et de la volonté des bénéficiaires de travailler ;
6. rendre possible le cumul avec d'autres prestations sociales (assistance au logement, aide au paiement du chauffage, allocations pour les enfants).

Ces caractéristiques apparaissent aussi dans les mesures nationales recensées en Italie en avril 2009. Ces dernières sont reportées dans le tableau n°2.

Comme nous l'avons déjà dit, décrire la vaste série de mesures visant à fournir un soutien financier direct ou indirect aux personnes et aux familles ayant un bas revenu est extrêmement complexe. En effet, de nombreuses interventions ont un impact considérable sur les niveaux de revenu. Par exemple, on peut citer les *dégrèvements sur le prélèvement fiscal annuel et l'augmentation des aides financières aux familles en fonction du nombre de personnes à charge*, accompagnées d'autres réductions ou bonus pour les dépenses induites par les services de base (tels que la santé, les transports publics, le loyer ainsi que l'éducation).

Tableau 2 : MESURES POUR LES PERSONNES PERCEVANT LE REVENU MINIMUM

Nom de la mesure	Lois principales
<u>Allocations sociales</u> : ces aides remplacent la pension sociale depuis 1996	Lois n°153/1969, n°335/1995 et n°133/2008
<u>Invalité civile</u> : pension d'invalidité, allocation mensuelle pour l'invalidité partielle, indemnité d'accompagnement	Lois n°118/1971, n°18/1980, n°508/1988, n°289/1990 et n°247/2007
<u>Guerre</u> : pension et allocations pour les anciens combattants/veufs et veuves de guerre	Décret n°915/1978 du Président de la République
<u>Terrorisme</u> : pension et indemnité pour les victimes du terrorisme, y compris les victimes d'actes criminels	Lois n°302/1990 et n°206/2004
<u>Assistance au logement</u> : allocations logement	Loi n°431/1998
<u>Santé</u> : prise en charge des dépenses de santé	Loi n°537/1993
<u>Revenu faible</u> : bonus temporaire pour les familles ayant un revenu faible.	Loi n°2/2009
Electricité : bonus pour les citoyens ayant un revenu faible (prix préférentiels pour l'électricité et le gaz)	Lois n°266/2007 et n°2/2009
<u>Social card</u> : carte prépayée pour l'achat de <i>produits alimentaires, de l'électricité et du gaz</i> pour les personnes ayant un revenu faible	Lois n°133/2008 et n°2/2009

Source : www.peer-review-social-inclusion.eu

Assistance médicale :

En ce qui concerne la demande d'informations du Comité européen des droits sociaux au sujet de l'assistance médicale pour les personnes sans revenu, nous soulignons les points suivants :

Les formes d'exemption des dépenses de santé sont régies par la loi n°537 du 24 décembre 1993 qui compte *les personnes sans travail et les personnes ayant un revenu faible* parmi les bénéficiaires.

L'exemption totale est reconnue en particulier pour les enfants de moins de 6 ans et pour les personnes âgées de plus de 65 ans à condition que le revenu brut de la famille soit inférieur à 36 151,98 euros bruts. En outre, les citoyens qui appartiennent aux catégories sociales à bas revenu (*retraités à l'âge minimum ayant entre 60 et 65 ans, les personnes sans travail sauf les primo-demandeurs d'emploi, les retraités bénéficiant de la pension sociale*) sont exemptées du ticket modérateur prévu pour les visites spécialisées, les diagnostics et les examens de laboratoire ainsi que les prestations de physiothérapie à condition qu'ils fassent partie d'une famille dont le revenu total de l'année précédente ne dépasse pas 8 263,31 euros et 11 362,05 euros en présence d'un conjoint et à raison de 516,46 euros supplémentaires pour chaque enfant à charge.

À ce sujet, vous pouvez aussi consulter le dernier rapport du gouvernement italien concernant l'article 11 de la Charte sociale européenne. »

294. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 13§1 LITUANIE

Le Comité conclut que la situation de la Lituanie n'est pas conforme à l'Article 13.1 de la Charte révisée pour les motifs suivants :

- le niveau de l'assistance sociale versée aux personnes seules sans ressources, y compris les personnes âgées, est manifestement insuffisant ;
- l'octroi de l'assistance sociale aux ressortissants des autres Etats parties à la Charte est subordonné à une condition de durée de résidence excessive.

Premier motif de non conformité

295. La représentante de la Lituanie se réfère aux chiffres relatifs à l'année 2007 que le Comité européen des Droits sociaux a pris en considération en s'appuyant sur la base de données MISSOC. Elle explique que les données sont normalement intégrées dans le système MISSOC en janvier et en juillet. Apparemment, en raison de cette procédure, il n'est pas possible de faire ressortir dans la base MISSOC les nouvelles modifications introduites en octobre de la même année. C'est là ce qui explique que les données figurant dans le rapport, qui reprenait les montants moyens calculés sur l'année entière, diffèrent de ceux du MISSOC pour 2007. Les données demandées par le CEDS concernant le montant moyen des prestations supplémentaires servies à une personne seule ont été communiquées. Leur montant a augmenté, ainsi, la prestation mensuelle moyenne versée à une personne seule pour le chauffage est passée de 41 LTL en 2005 à 62 LTL en 2007, tandis que celle versée pour l'eau chaude est passée de 8,6 LTL à 9,8 LTL.

De façon plus générale, le gouvernement continue d'améliorer le système d'assistance sociale, comment en témoignent les mesures inscrites dans son programme 2008-2012. Le prochain rapport fera état des évolutions intervenues sur ce terrain.

296. Suite à une observation de la représentante de la République tchèque et à une proposition de la Présidente, le Comité prend note du fait que concernant le premier motif de non-conformité des développements positifs ont eu lieu et décide de transmettre les informations communiquées au CEDS en vue de son appréciation.

Deuxième motif de non-conformité

297. La représentante de la Lituanie indique que les prestations sociales ont été minorées en 2010 en raison de la crise économique qui a touché le pays. Malgré cela, le gouvernement a réalisé cette même année une étude sur la situation juridique et financière du pays et a examiné les solutions qui pourraient être envisagées pour octroyer des aides sociales aux ressortissants des autres Etats parties qui résident temporairement en Lituanie et pour trouver des solutions permettant d'en faire également bénéficier les ressortissants étrangers en situation particulièrement difficile (réfugiés, victimes de la traite d'êtres humains, par ex.). Les aménagements nécessaires sur le plan juridique ont été préparés et présentés au Parlement cet automne. Le gouvernement est conscient que la situation reste insatisfaisante, mais il s'est efforcé de soulager le sort des ressortissants étrangers les plus vulnérables et n'est pas financièrement en mesure, pour le moment, de faire plus.

298. La représentante de l'Islande constate que les conditions de résidence s'appliquent toujours à la majorité des étrangers présents dans le pays. Elle demande combien de temps va durer cette situation.

299. La représentante de la Lituanie, explique qu'en raison de la crise économique, il n'a été possible de lever les conditions en question que pour les groupes d'étrangers plus vulnérables. Le gouvernement a l'intention de réduire la durée de la résidence requise et a examiné ce qui pourrait être fait en ce sens, mais il a constaté, au vu de l'étude de 2010 déjà citée, qu'il n'était pas en mesure de le faire pour des raisons financières.

300. La représentante de la République tchèque estime que la situation est sérieuse. Le système d'assistance social lituanien ne couvre pas la majorité des étrangers établis dans le pays. Cette situation remonte à l'année 2006. Elle propose de voter sur une proposition de Recommandation, comme cela a été fait en référence à des situations semblables dans d'autres pays.

301. La représentante de la Lituanie observe que c'est la première fois que la situation est examinée suite à une conclusion renouvelée de non-conformité. Par ailleurs, elle tient à préciser que le nombre d'étrangers auquel s'applique la condition de la durée de résidence est relativement peu élevé en termes absolus et que le Gouvernement est déterminé à repartir à la recherche de solutions dès que la situation économique générale le permettra.

302. La représentante de l'Islande demande si d'autres ressources sont disponibles pour les étrangers exclus des mesures d'assistance sociale. Par ailleurs, elle se réfère à la possibilité que la durée de la résidence soit au moins réduite.

303. La représentante de la Lituanie indique que les étrangers exclus de l'assistance sociale bénéficient de l'assistance médicale d'urgence. Elle informe le Comité que la question de la réduction de la durée a été examinée par le Gouvernement ; toutefois, vu la crise financière, il ne peut faire davantage.

304. La représentante de la France propose d'appliquer les méthodes de travail du Comité. Elle considère que la situation est grave et qu'à la base de celle-ci, outre les problèmes économiques, il y a probablement aussi une attitude politique. Elle estime qu'il est nécessaire d'envoyer un « message fort » au gouvernement.

305. Les représentants de l'Islande et des Pays Bas sont d'accord avec la représentante de la France.

306. Le représentant de la Pologne estime en revanche que, compte tenu de la crise économique, le Comité devrait se limiter à prendre note de la situation.

307. Faisant suite à une proposition de la Présidente, le Comité prend note des informations communiquées, constate qu'il y a eu des évolutions positives concernant les étrangers plus vulnérables et invite le gouvernement de la Lituanie à éliminer les contraintes liées à la durée de la résidence pour tous les étrangers régulièrement établis dans le pays. Le Comité décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 13§1 MALTE

Le Comité conclut que la situation de Malte n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte pour les motifs suivants :

- il n'est pas établi que le droit à l'assistance soit garanti aussi longtemps que nécessaire ;
- il n'est pas établi que le droit de recours soit effectivement garanti ;

- il n'est pas établi que l'égalité de traitement des ressortissants étrangers qui résident légalement ou travaillent régulièrement à Malte soit garanti pour ce qui concerne les conditions d'octroi de l'assistance sociale.

Premier, deuxième et troisième motifs de non-conformité

308. Le représentant de Malte a fourni par écrit les informations suivantes :

« L'aide juridictionnelle accordée aux personnes qui ne disposent pas de ressources suffisantes constitue une garantie effective du droit de recours.

Les ressortissants des Etats parties qui résident légalement ou travaillent régulièrement à Malte bénéficient d'une égalité de traitement avec les nationaux en matière d'assistance sociale, sans être soumis à une condition de durée de résidence.

L'assistance sociale est accordée non seulement aux titulaires d'un titre de séjour de longue durée, mais également aux détenteurs d'un permis de séjour ordinaire.

Les demandeurs d'emploi inscrits au registre du chômage (volet I) doivent, lorsqu'ils trouvent du travail, remplir un formulaire ad hoc et se faire radier du registre. Les aides et prestations ne sont servies qu'aux demandeurs d'emploi inscrits comme tels au registre du chômage (volet I).

Lorsque le conjoint d'un demandeur inscrit au registre du chômage (volet I) trouve un emploi, les prestations de chômage de l'intéressé continuent de lui être versées, déduction faite des revenus de son conjoint. D'autre part, si l'enfant d'un demandeur d'emploi commence à travailler, le montant des allocations de chômage sera réduit de 8,15 € par semaine.

Toute personne qui refuse un emploi, ne se rend pas aux entretiens d'embauche, ne suit pas les formations ou travaille tout en étant inscrit comme demandeur d'emploi est radiée du registre du chômage et cesse de percevoir aides et allocations. Elle peut faire appel de cette décision auprès de l'Agence nationale pour l'emploi ; en attendant que celle-ci se prononce, les personnes à la charge du demandeur d'emploi peuvent solliciter une aide auprès de la Commission d'assistance sociale.

Les bénéficiaires de l'assistance sociale sont les personnes incapables à l'emploi en raison d'une maladie ou d'un problème de santé. En tant qu'allocataires, elles ne peuvent exercer aucune activité professionnelle et les revenus de leur conjoint sont intégralement déduits des prestations auxquelles elles ont droit. Les allocataires doivent se présenter régulièrement devant une commission médicale chargée de déterminer si leur état de santé s'est amélioré. Si celle-ci les déclare aptes au travail, ils doivent s'inscrire comme demandeurs d'emploi au registre du chômage (volet I) pour qu'il puisse leur être proposé un emploi approprié.

Les parents isolés bénéficiant de l'assistance sociale peuvent percevoir un revenu tiré d'une activité professionnelle à hauteur de 52,58 € par semaine, si leurs enfants ont moins de 16 ans (18 ans, s'ils sont scolarisés à temps plein).

Les bénéficiaires de l'allocation ou de la pension pour soignant sont en droit de prétendre à une aide, dès lors qu'ils s'occupent d'un proche 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 et ne peuvent pas, par conséquent, exercer une activité professionnelle.

En cas de cessation du versement de l'aide, pour quelque raison que ce soit, l'intéressé peut faire appel (gratuitement) auprès d'une juridiction arbitrale ; il peut aussi, en dernier ressort, saisir la Cour d'appel.

Mise à part la faculté qu'ont les ressortissants de l'UE et les membres de leur famille qui sont ressortissants de pays tiers d'exercer à Malte les droits que leur confère le Traité conformément aux acquis communautaires – il y a lieu de souligner ici que l'assistance sociale et médicale est également accordée sur la base de cette législation communautaire -- , les autres ressortissants de pays tiers ne peuvent résider à Malte que s'ils y ont été autorisés à le faire dans un but précis et ne peuvent se voir délivrer que des permis de séjour annuels. Les ressortissants de pays tiers qui ne sont plus autorisés à résider à Malte n'ont pas accès aux dispositifs de recherche d'emploi.

Les ressortissants de pays tiers qui remplissent les conditions légales de résidence de longue durée ont droit au statut de résident permanent et jouissent de certains droits socio-économiques, dont le droit à l'assistance sociale et aux biens et services auxquels ont accès les ressortissants maltais.

Malte autorise les ressortissants de pays tiers à résider en permanence sur son territoire, pour autant qu'ils satisfassent à certaines conditions de patrimoine et de revenus. Lorsqu'ils cessent de remplir les critères requis, leur permis de séjour est annulé et ils sont invités à quitter le territoire maltais. Il n'est pas envisageable que des personnes ayant été autorisées à résider à Malte sur la foi de revenus suffisants puissent prétendre au bénéfice de prestations d'assistance sociale et médicale.»

309. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 13§1 MOLDOVA

Le Comité conclut que la situation de la Moldova n'est pas conforme à l'Article 13.1 de la Charte révisée au motif que le droit à l'assistance médicale et sociale n'est pas garanti.

310. La représentante de la Moldova indique que la situation économique dans le pays est dans un état préoccupant, et que cette situation a été aggravée par la récente crise financière mondiale. Dans ce contexte, le gouvernement moldave a déployé ses efforts afin de soutenir les couches plus démunies de la population, notamment en milieu rural.

- Concernant l'assistance médicale, la représentante de la Moldova indique qu'une série de mesures ont été incluses dans les documents élaborés par le Ministère de la Santé en référence au Programme d'activité du Gouvernement pour les années 2009/2011. Dans ce cadre, la loi nr. 1585 du 27 février 1998 sur l'assurance médicale obligatoire a été amendée à la fin de 2009. Les nouvelles règles établissent que l'assistance médicale d'urgence pour les personnes non assurées sera financée par les fonds d'assurance obligatoire, conformément à des listes élaborées par le Ministère de la Santé. Par ailleurs, les règles susmentionnées ont permis la réduction du coût de l'assurance obligatoire pour les travailleurs indépendants du secteur agricole.

- Concernant l'assistance sociale, la représentante de la Moldova indique qu'une nouvelle loi sur l'aide sociale a été adoptée en juin 2008. Cette loi a comme objectif d'assurer un revenu mensuel minimal garanti aux familles les plus démunies. Cette prestation est établie tous les ans par la loi des finances ; en 2010, cette prestation s'élevait à 530 lei, ce qui correspond au seuil de pauvreté. Elle indique également que, conformément à la loi, l'éventuel refus octroi de l'aide sociale, sa modification ou suspension, peut être contesté devant les instances du contentieux administratif.

311. La représentante de la Moldova précise finalement qu'en 2009 les dépenses relatives à l'assistance sociales s'élevaient à environ 114 millions de lei ; en 2010, à plus de 270 millions de lei. D'autres mesures d'assistance sociale ont été adoptées par le gouvernement en février 2010. Ces mesures concernent notamment le soutien des revenus des familles défavorisées en milieu rural.

312. Suite à des questions posées par les représentantes de la Lituanie et de la France, la représentante de la Moldova précise que le Comité européen des Droits sociaux n'a pas encore été informé de l'adoption de loi sur l'aide sociale et que celle-ci s'applique également à des personnes seules.

313. La Présidente estime que l'objectif du Gouvernement devrait être l'établissement d'un système d'assistance sociale stable, applicable à l'ensemble de la population et non seulement aux catégories de personnes en situation de vulnérabilité ; elle demande au Comité de prendre les décisions qui s'imposent.

314. Le Comité prend note des informations présentées par la représentante de la Moldova et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 13§1 NORVEGE

Le Comité conclut que la situation de la Norvège n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte révisée, au motif que le montant de l'assistance sociale versée aux personnes nécessiteuses ne bénéficiant pas du programme individuel de qualification n'est pas suffisant.

315. La représentante de la Norvège a fourni par écrit les informations suivantes :

« La somme versée dans le cadre du programme individuel de qualification ne doit être assimilée à un revenu minimum destiné à assurer un niveau de vie suffisant. Ses bénéficiaires n'ont pratiquement pas droit aux prestations du régime national d'assurance et la plupart d'entre eux étaient entièrement tributaires de l'assistance sociale avant d'intégrer le programme. La somme qui leur est versée est calculée de façon à leur procurer une situation matérielle meilleure qu'elle ne l'était avec l'aide sociale. Elle constitue donc une incitation à exercer une activité qui permet à d'anciens allocataires sociaux de mieux s'en sortir financièrement en participant audit programme.

La somme perçue au titre du programme est imposable, contrairement à l'assistance sociale ordinaire, ce qui les rend difficilement comparables.

Le Comité relève que le montant total de l'aide versée à un allocataire type admis au bénéfice de l'assistance pour l'année entière s'établissait à 913€ par mois pour un homme seul et à 856€ pour une femme seule – aide cumulant le montant recommandé (« taux uniforme ») et les compléments servis au titre du logement, de l'assurance habitation, des médicaments prescrits par un médecin, des frais d'électricité, de mobilier, etc. Il considère que les allocataires admis au bénéfice de l'assistance pour l'année entière subsistent pour l'essentiel grâce à ces seules prestations. Cela est inexact. Pour environ 55% des bénéficiaires, l'assistance sociale vient compléter d'autres revenus. L'appréciation du niveau moyen de l'assistance sociale au regard du seuil de pauvreté de l'UE doit en tenir compte.

S'agissant du niveau de l'assistance sociale en relation avec le seuil de pauvreté, il faut aussi voir dans quelle mesure des services comme les crèches, les écoles, les soins de santé ou autres sont totalement ou partiellement à la charge des allocataires ou s'ils sont entièrement gratuits. En Norvège, ces services sont financés par les pouvoirs publics, ce qui représente un transfert important de fonds vers les groupes de population qui y ont recours.

La loi relative à la sécurité sociale impose aux municipalités d'examiner chaque demande d'assistance sociale individuellement. Certaines dépenses varient selon les régions, notamment les frais de logement. Le montant de la prestation n'est pas fixe, il varie en fonction des besoins de chacun.

Depuis le 1^{er} janvier 2010, une nouvelle loi relative à la sécurité sociale (LOV n° 131 du 19 décembre 2009) est entrée en vigueur. Les dispositions concernant le volet financier de l'assistance sociale n'ont pas été modifiées, mais une nouvelle autorité a été chargée de veiller notamment à ce que les municipalités examinent réellement chaque demande individuellement et pour s'assurer que les services fournis sont conformes à la loi, en garantissant ainsi aux intéressés le droit à un niveau de vie suffisant . »

316. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 13§1 PORTUGAL

Le Comité conclut que la situation du Portugal n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte révisée, au motif qu'il n'est pas établi que le montant de l'aide sociale versée à une personne seule sans ressources soit suffisant.

317. La représentante du Portugal assure que la conclusion de non-conformité rendue en l'espèce tient à un manque d'information. Le Portugal est doté d'un système d'assistance sociale qui consiste en des prestations de base et des prestations complémentaires – prestations d'invalidité, prestations familiales, allocations logement, indemnités de chômage, etc. Toute personne admise au bénéfice des prestations doit avoir accès aux dispositifs de formation et programmes de développement des compétences. Les fonds publics qui y sont consacrés augmentent d'année en année. Pour autant, le montant des prestations de base demeure très faible. Les données correspondantes ne figuraient pas dans le rapport, le service compétent ne les ayant pas communiquées en dépit de la demande expresse du responsable chargé d'établir ledit rapport. La représentante du Portugal convient que ces informations doivent être fournies et demande au Comité ce qu'il y aurait lieu de faire, selon lui, pour les obtenir.

318. Plusieurs représentants considèrent que cette situation pose un grave problème et sont d'avis qu'il faudrait adresser un message fort au Portugal.

319. La Présidente fait remarquer que les prestations de base sont très faibles et que, même en prenant en compte les prestations complémentaires, la conclusion pourrait demeurer négative sur ce point. Elle approuve l'idée d'envoyer un message fort, mais rappelle qu'il faut que ce pays rende sa situation conforme à la Charte.

320. Le Comité appelle instamment le Gouvernement à fournir toutes informations utiles dans le prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 13§1 ROUMANIE

Le Comité conclut que la situation de la Roumanie n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte pour les motifs suivants :

- il n'est pas établi que le niveau de l'assistance sociale et médicale est adéquat ;
- il n'est pas établi que la possibilité de supprimer l'assistance en cas de non-accomplissement d'un travail d'intérêt public n'équivaille pas à priver les intéressés de leurs moyens de subsistance.
- il n'est pas établi que le droit de recours soit effectivement garanti.

Premier, deuxième et troisième motifs de non-conformité

321. La représentante de la Roumanie a fourni par écrit les informations suivantes :

« 1. Types de prestations et critères d'octroi de l'assistance

En 2006, la loi n° 416/2001 a été modifiée par la loi n° 115/2006 afin de mieux couvrir les bénéficiaires et de concentrer l'aide sur les familles et individus les plus démunis.

Ces modifications portaient aussi sur l'application uniforme, au niveau national, des critères concernant la prise en compte, pour le calcul de l'aide sociale, des revenus potentiels minima et maxima résultant de l'exploitation de biens n'entrant pas dans les catégories de produits considérés comme étant de première nécessité pour la famille.

S'agissant de l'aide sociale, **seul un membre majeur de la famille bénéficiaire de l'aide, en âge de travailler et apte au travail**, est tenu d'effectuer un certain nombre d'heures de travail d'intérêt public chaque mois, à la demande du maire, sans excéder le temps de travail normal et conformément aux normes de santé et de sécurité au travail. Peuvent déroger à cette règle les familles qui perçoivent une aide sociale ne dépassant pas 50 lei par mois, pour lesquelles les heures de travail sont déterminées trimestriellement.

Le nombre d'heures de travail est calculé proportionnellement au montant de l'aide sociale reçue par le bénéficiaire, selon un taux horaire conforme au salaire brut minimum de base garanti pour une durée de travail mensuelle moyenne.

Le nombre de jours de travail, limité à 21,25 jours par mois, est calculé en divisant le nombre d'heures de travail par 8 heures / jour.

Les maires doivent établir un plan d'action définissant la répartition des heures de travail ; ils doivent également conserver la preuve des heures effectuées et veiller à informer toutes les personnes assujetties à ces travaux d'intérêt local sur les règles de sécurité au travail.

Pour être considéré apte au travail, il faut:

- a) avoir au minimum 16 ans et au maximum l'âge normal de départ à la retraite;
- b) ne pas suivre une forme quelconque d'études ou de cours, visés par la loi;
- c) être en bonne santé et être physiquement et mentalement capable de réaliser ces travaux.

L'incapacité physique et mentale doit être attestée par des documents délivrés conformément à la loi.

Les personnes aptes au travail sont dispensées de l'obligation d'exécuter des heures de travail collectif si elles entrent dans l'un des cas suivants:

- a) elles élèvent un ou plusieurs enfants âgés de moins de 7 ans - ou de moins de 18 ans en cas d'invalidité majeure, grave ou moyenne attestée par un certificat délivré par la Commission pour la protection de l'enfance;
- b) elles s'occupent d'une ou plusieurs personnes atteintes d'une invalidité majeure ou grave, attestée par un certificat délivré par la Commission d'évaluation des adultes handicapés;
- c) elles participent à un programme de formation;
- d) elles sont salariées.

En cas d'incapacité temporaire de travail ou, le cas échéant, de perte totale ou partielle de la capacité de travail de la personne désignée pour réaliser les travaux d'intérêt local, l'obligation peut, avec

l'accord du maire, être transférée à un autre membre de la famille bénéficiaire de l'aide sociale. Les documents exigés pour établir l'incapacité temporaire de travail ou la perte totale ou partielle de la capacité de travail sont les suivants :

- a) pour les retraités invalides : décision du médecin expert de la Caisse régionale de retraite et autres droits sociaux ;
- b) pour les personnes handicapées : certificat de la Commission d'expertise médicale des personnes handicapées ;
- c) pour les personnes atteintes d'une maladie chronique invalidante et non couvertes par le régime public de retraite : certificat médical délivré par le médecin expert de la Caisse régionale de retraite et autres droits sociaux ;
- d) pour les personnes souffrant de maladies entraînant une incapacité de travail temporaire : certificat médical d'un médecin généraliste ou d'un spécialiste.

En 2009, face à la crise économique et financière il a été jugé nécessaire, et afin d'en limiter les effets négatifs, notamment, sur les groupes vulnérables, de modifier la loi n° 416/2001 pour améliorer certaines de ses dispositions. Un arrêté ministériel (n° 57/2009) a été pris en ce sens. Il prévoit ce qui suit.

→ **Augmentation de 15% du revenu minimum garanti, ainsi porté à:**

- **125 lei** pour une personne seule;
- **225 lei** pour une famille de 2 personnes;
- **313 lei** pour une famille de 3 personnes;
- **390 lei** pour une famille de 4 personnes;
- **462 lei** pour une famille de 5 personnes;
- **31 lei** par personne supplémentaire, considérée par la loi comme un membre de la famille ;

→ **Imputation totale de l'aide sociale au budget de l'Etat.**

L'aide sociale était initialement servie par les collectivités locales et provenait principalement de fonds tirés de certains revenus du budget de l'Etat. Il a cependant été constaté que les budgets des collectivités locales ne suffisaient pas à payer toutes les prestations dues à ce titre et qu'il fallait financer l'aide sociale par le seul budget de l'Etat. Aucune demande d'aide sociale ne peut par conséquent être rejetée en invoquant l'insuffisance des moyens financiers au plan local.

Dans l'intervalle, un texte tendant à amender la loi n° 416/2000 concernant le revenu minimum garanti a été élaboré en vue d'améliorer les dispositions actuelles relatives au financement de l'aide sociale. Ce texte prévoit de faire supporter le service des prestations d'aide sociale à l'Etat et de transférer, à cet effet, les fonds nécessaires du budget de l'Etat au ministère du Travail, de la Famille et de la Protection sociale. Les prestations seront versées par les antennes régionales des services sociaux, et non par les administrations municipales.

Si, jusqu'en 2006, **chaque membre de la famille apte au travail** était tenu d'effectuer un nombre de 72 heures de travail collectif au maximum, **depuis cette date seul l'un d'entre eux y est contraint.** De même, à supposer que l'intéressé ne soit pas en mesure de réaliser le travail demandé, un autre membre de la famille apte au travail peut prendre sa place, en accord avec le maire. Un certain nombre de personnes aptes au travail, et énumérées ci-dessus, sont par ailleurs exemptées de cette obligation. Elles ne sont donc pas dans une situation où leurs prestations pourraient être suspendues parce qu'elles ont refusé d'exécuter les heures de travail d'intérêt collectif. Si un problème médical ne permet pas à l'intéressé d'effectuer ces heures, il en sera exempté, sous réserve de produire un certificat médical délivré par un médecin généraliste.

Les employés de la mairie sont chargés de veiller au respect de cette obligation, le type d'activités à exécuter étant quant à lui défini par le maire. C'est ce dernier aussi qui décide de suspendre ou non l'aide sociale de ceux qui n'ont pas effectué leurs heures de travail d'intérêt collectif, après examen de la situation familiale. En hiver, les autorités se montrent plus compréhensives et plus souples sur les horaires.

Autre modification introduite par la nouvelle loi n° 115/2006, le nombre d'heures à effectuer dans l'intérêt collectif est calculé en tenant compte du montant des prestations servies et du nombre d'heures que l'intéressé aurait dû travailler pour gagner cette somme s'il percevait le salaire minimum.

Ces changements qui seront apportés à la loi n° 416/2001 permettront de mettre en place de nouvelles possibilités de sanctionner les allocataires de l'aide sociale qui, bien qu'aptes au travail, refusent d'effectuer un travail d'intérêt collectif, de façon que les personnes sans

ressources ne soient pas totalement privées de moyens de subsistance pendant un certain temps.

S'agissant de l'octroi de l'aide sociale, il convient aussi de noter que les prestations sont totalement imputées au budget de l'Etat depuis 2009, conformément à l'arrêté ministériel n° 57/2009.

Evolution du nombre moyen de bénéficiaires de l'aide sociale entre 2006 et 2009

Année	2006	2007	2008	2009
Nombre moyen de bénéficiaires de l'aide sociale	359 340	301 348	276 702	281 086
Montant total (en millions de lei)	449 233 027	396 615 888	366 540 421	414 584 280

2. Niveau de l'assistance sociale

Pendant les mois froids (du 1^{er} novembre au 31 mars), les allocataires de l'aide sociale - familles ou personnes seules - ont droit à des allocations de chauffage, dans les conditions ci-après :

- chauffage central utilisant l'énergie thermique : allocation mensuelle représentant **100% de la facture** ;
- chauffage au **gaz naturel** : allocation de **262 lei** par mois si le revenu mensuel net par membre de la famille ou pour la personne seule n'excède pas 155 lei ;
- chauffage **au bois, au charbon ou au pétrole** : allocation mensuelle de **58 lei** cumulée et versée en une seule fois pour toute la saison hivernale.

Une personne seule perçoit donc une aide sociale et d'autres prestations mensuelles pendant l'hiver, non subordonnées à l'exécution de travaux d'intérêt général.

Les allocataires de l'aide sociale ont gratuitement accès aux cantines sociales, conformément à la loi n° 208/1997. Ce texte précise que les cantines sociales sont des services d'assistance publique dotés de la personnalité juridique, opérant sous la tutelle des conseils municipaux.

Le complément familial et l'allocation de parent isolé sont majorés de 25% pour les allocataires de l'aide sociale qui ont des enfants.

Les personnes temporairement privées de ressources peuvent profiter des cantines sociales pendant 90 jours maximum par an. Elles bénéficient gratuitement de deux repas par jour – le déjeuner et le dîner – (préparation et service), si elles n'ont aucun revenu ou si celui-ci est inférieur au revenu mensuel net par personne pris en compte pour le calcul de l'aide sociale.

Dans le programme gouvernemental 2009 - 2012, l'un des principaux objectifs concernant la famille, la protection de l'enfance et l'égalité des chances est de revoir les programmes d'assistance sociale. Pour ce faire, le ministère du Travail, de la Famille et de la Protection sociale va déterminer les principes qui guideront les nouveaux programmes et les textes juridiques correspondants. Le système national d'assistance sociale devrait gagner en efficacité grâce à une optimisation des prestations sociales et une rationalisation des dépenses de l'Etat ; il s'agira de faire reposer le système sur, d'une part, la responsabilité de chacun quant à sa propre situation sociale et sa réactivité, et, d'autre part, le soin mis par l'Etat à prévenir et éliminer tout risque ou situation qui pourrait conduire à l'exclusion sociale. Pour garantir la viabilité du système, tout le régime des prestations sociales sera revu en termes de rapport coûts / avantages.

3. Droit à l'assistance médicale

En vertu de la loi n° 95/2006 portant réforme de l'assistance médicale, tous les membres d'une famille bénéficiant de l'aide sociale sont couverts par l'assurance maladie durant la période de service de cette prestation.

Les cotisations dues par les allocataires de l'aide sociale sont prises en charge par les collectivités locales ; elles représentent 5,5% du montant de l'aide accordée.

Tous les allocataires de l'aide sociale bénéficient donc d'une couverture médicale ; ils jouissent également de tous les droits conférés aux assurés et ont accès aux soins médicaux d'urgence ainsi qu'aux soins médicaux spéciaux.

Aux termes des modifications qui seront apportées à la loi n° 416/2001 concernant le revenu minimum garanti, la cotisation d'assurance maladie des bénéficiaires de l'aide sociale – personnes seules ou familles - sera prise en charge par l'Etat ; à cet effet, la part du budget

consacré à ces prestations sera transférée au ministère du Travail, de la Famille et de la Protection sociale. Les cotisations seront acquittées par les antennes régionales des services sociaux et seront calculées en appliquant au montant de l'aide sociale le taux fixé par la loi.

4. Droit de recours et assistance judiciaire

Conformément à l'article 46 de la loi n° 47/2006 sur le système national d'assistance sociale, toute décision relative à l'attribution d'un droit à des services sociaux ou à des prestations sociales peut être contestée devant la Commission de médiation sociale. Celle-ci opère au niveau des antennes du ministère du Travail, de la Famille et de la Protection sociale créées pour chaque comté et pour la municipalité de Bucarest, et joue un rôle consultatif.

Elle est principalement chargée:

- a) De faciliter le dialogue entre les services sociaux et les demandeurs qui sollicitent une aide sociale ou les bénéficiaires de droits sociaux ;
- b) d'étudier les motifs de mécontentement que ces derniers leur notifient par écrit ;
- c) d'examiner les plaintes relatives à des mesures figurant dans un plan d'intervention ou la qualité des services octroyés sur la base d'un plan individualisé, lorsque ces plans prévoient l'octroi de services sociaux ;
- d) de clarifier, par le dialogue, les divergences de vues entre les parties, c.-à-d. les demandeurs sollicitant une aide sociale ou les bénéficiaires de droits sociaux d'une part, et les représentants des autorités ou organismes qui les ont accordés, d'autre part;
- e) d'offrir des consultations gratuites concernant les droits sociaux.

La Commission de médiation sociale dispose de 30 jours pour répondre à une demande de médiation, à compter de sa date d'enregistrement. Ses décisions peuvent faire l'objet d'un recours dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle elles ont été prises, conformément aux dispositions de la loi n° 544/2004 relative au contentieux administratif. Par ailleurs, les requêtes adressées aux tribunaux concernant le règlement de différends portant sur les services sociaux et prestations sociales sont exonérées de la taxe judiciaire.

Avant de pouvoir saisir la juridiction compétente pour les contentieux administratifs, la personne qui estime qu'un acte administratif individuel a porté atteinte à son droit ou son intérêt légitime doit demander aux pouvoirs publics ou, le cas échéant, à l'autorité supérieure, la révocation totale ou partielle dudit acte dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle il a été notifié. Les réclamations concernant les actes administratifs normatifs ne sont soumises à aucun délai.

Il est également possible de s'adresser à l'Inspection du travail, dont l'objectif est avant tout de surveiller l'application de la législation en la matière et de contrôler ce que font les organismes publics et privés chargés de l'octroi des prestations et services sociaux. Pour remplir sa mission, l'Inspection du travail doit vérifier les dispositions des actes normatifs en vigueur en matière d'assistance sociale. Conformément aux dispositions de la loi n° 329/2009, l'Inspection du travail a repris les activités de l'Inspection sociale. »

322. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 13§1 TURQUIE

Le Comité conclut que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte révisée, au motif que le droit subjectif à l'assistance médicale et sociale n'est pas établi par la loi.

323. Le représentant de la Turquie fait la déclaration ci-après.

« Comme indiqué dans le dernier rapport de la Turquie, la réforme de la sécurité sociale turque qui a pris effet en janvier 2007 vise à établir une couverture universelle. La réforme comporte trois piliers : sécurité sociale, régime général d'assurance maladie et transferts sociaux ne reposant pas sur des cotisations (régime non contributif).

Dans le cadre de la refonte du système de sécurité sociale intervenue en 2005, toutes ses composantes – la Caisse des employés de la fonction publique, l'Institut d'assurance sociale et l'Institut d'assurance sociale des travailleurs indépendants – ont été regroupées sous un seul toit afin de codifier et d'uniformiser les pensions, les régimes d'assurance sociale, les taux des revenus de remplacement, etc.

La deuxième phase de la réforme a consisté à mettre en place un régime général d'assurance maladie auquel seraient obligatoirement affiliés tous ceux qui ne sont repris dans aucun dispositif de protection sociale. Le texte instituant cette réforme, à savoir la loi n° 5510, a été progressivement mis en œuvre depuis mai 2008 et devrait produire tous ses effets à compter de décembre 2010.

Il reste enfin - dernière phase de la réforme -, à faire en sorte que les prestations et services sociaux qui relèvent actuellement de plusieurs organismes soient confiés à l'Institut de sécurité sociale, sous la tutelle du ministère du Travail et de la Sécurité sociale, lequel serait ainsi la seule autorité ministérielle compétente en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Le projet de texte relatif à l'assistance sociale et aux prestations non contributives a été soumis à tous les ministères concernés, aux milieux universitaires, aux partenaires sociaux, ainsi qu'à des organisations non gouvernementales, afin de recueillir leur avis. Il s'articule comme suit .

1. Auparavant, ceux dont les ressources n'excédaient pas le tiers du revenu minimum légal et qui n'étaient pas couverts par les régimes généraux de sécurité sociale avaient droit à une « carte verte » qui leur donnait accès aux soins médicaux. Le nouveau texte envisage de supprimer cette carte et de demander à l'Etat de prendre en charge les cotisations au régime général d'assurance maladie de ceux qui n'ont aucune couverture santé.
2. Prestations mensuelles – En bénéficieront :
 - les personnes âgées de plus de 65 ans : 200 livres turques/mois
 - les personnes handicapées: 275 livres turques/mois
 - les enfants de moins de 7 ans: 17,5 livres turques/mois
 - les enfant scolarisés de moins de 18 ans: jusqu'à 40 livres turques/mois
 - les femmes enceintes: 52,5 livres turques/mois
3. Allocation de subsistance - Son montant sera calculé en fonction du seuil de pauvreté fixé chaque année par l'Office turc des Statistiques – il s'élève actuellement à 1 500 livres turques pour une famille de quatre personnes.
4. Aide locative - Les familles nécessiteuses qui ne sont pas propriétaires de leur logement recevront une aide locative à hauteur de 50% du salaire minimum légal.
5. Prêt à la création d'entreprise - Une somme équivalant à 34 fois le salaire minimum sera concédée à titre de prêt à toute personne désireuse de créer sa propre entreprise; de même, un prêt allant jusqu'à 750 fois le salaire minimum pourra être octroyé dans le cadre de l'aide à l'installation en profession libérale. Ces prêts sans intérêt seront remboursables en quatre versements échelonnés d'un même montant.
6. La définition de la pauvreté sera établie par l'Etat, ce qui évitera toute décision arbitraire; une base de données des personnes en situation de besoin sera réalisée dans ce contexte.
7. Un Fonds de développement social sera institué. L'Institut de sécurité sociale sera doté d'une Direction générale du développement social, qui sera chargée de toutes les procédures en matière d'assistance sociale. Le Fonds sera la seule instance nationale habilitée pour toutes les prestations d'assistance destinées aux personnes en difficulté.
8. Tous les organismes qui s'occupent actuellement de l'assistance sociale, y compris les fonds d'aide sociale et de solidarité, seront transférés et intégrés au sein du Fonds, de sorte que l'aide ne sera plus répartie en fonction des critères

propres à chacun de ces organismes. »

324. Plusieurs représentants disent comprendre, eu égard à l'ampleur de la réforme, qu'elle se déroule en différentes phases. Ils rendent hommage aux efforts menés par les autorités turques et les encouragent à accélérer le processus.

325. Le représentant de la CES rappelle qu'un avertissement a été adressé à la Turquie en 2002 et se montre réservé à l'idée de porter une appréciation sur un texte de loi qui n'a pas encore été adopté.

326. La représentante de l'Estonie fait observer que la réforme a bénéficié d'un soutien financier de l'Union européenne et que celle-ci semble également suivre de près la réforme en cours. Il faudrait laisser plus de temps à la Turquie avant de se prononcer définitivement sur l'évolution de la situation et sur les effets concrets de la réforme. Les représentants de l'Islande, de la Lituanie, de l'Azerbaïdjan, de la Finlande et du Portugal partagent ce point de vue.

327. Le représentant de la Turquie remercie les intervenants pour leurs paroles d'encouragement. Il répète que le processus de réforme est fort lent et difficile à mettre en œuvre, en raison de la structure très diffuse du système de sécurité sociale. Il affirme que les difficultés seront surmontées grâce à l'aide de l'UE et d'autres organisations internationales. Il fait remarquer que la Turquie a passé le cap le plus délicat de la réforme, celui qui exige de plusieurs instances l'abandon de leurs prérogatives.

328. Le Comité prend note des faits nouveaux qui lui ont été communiqués et encourage le Gouvernement turc à poursuivre ses efforts pour rendre la situation conforme à la Charte. Il décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

Article 13§2 – Non-discrimination dans l'exercice des droits sociaux et politiques

CSR 13§2 MOLDOVA

Le Comité conclut que la situation de la Moldova n'est pas conforme à l'article 13§2 de la Charte révisée au motif que faute d'informations, il n'est pas établi que les personnes bénéficiant d'une assistance sociale et médicale ne souffrent pas, pour cette raison, d'une diminution de leurs droits politiques ou sociaux.

329. La représentante de la Moldova a fourni par écrit les informations suivantes :

« Les droits fondamentaux comme droit de vote et d'opinion de tous les citoyens de la République de Moldova sont garantis tout d'abord par la Constitution du pays.

Article 4 - Les droits et les libertés de l'homme

(1) Les dispositions constitutionnelles relatives aux droits et aux libertés de l'homme sont interprétées et appliquées conformément à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, ainsi qu'aux pactes et accords internationaux auxquels la Moldavie est partie.

(2) En cas de non concordance entre les pactes et les traités portant sur les droits fondamentaux de l'homme auxquels la République de Moldavie est partie, les lois internes, les réglementations internationales ont la primauté

Article 16 - L'égalité

(2) Tous les citoyens de la République sont égaux devant la loi et les autorités publiques, sans distinction de race, de nationalité, d'origine ethnique, de langue, de religion, de sexe, d'opinion, d'appartenance politique, des biens ou d'origine sociale.

Article 20 - Le libre accès à la justice

(1) Toute personne a le droit d'obtenir satisfaction en justice contre les actes qui transgressent ses droits, ses libertés et ses intérêts légitimes.

Article 38 - Le droit de vote et le droit d'être élu

- (2) Les citoyens de la République ont le droit de vote à partir de l'âge de 18 ans, accomplis jusqu'à la date des élections comprise, exceptées les personnes déchues du droit de vote, conformément à la loi.
- (3) Le droit d'être élu est garanti à tous les citoyens de la République ayant le droit de vote dans les conditions fixées par la loi.

Article 54

Restriction de l'exercice de certains droits et libertés

- (1) Dans la République de Moldova aucune loi ne peut être adoptée qui aurait supprimé ou diminué les droits et les libertés fondamentaux de la personne et du citoyen.
- (2) L'exercice des droits et des libertés ne peut être soumis aux autres restrictions que celles prévues par la loi, qui correspondent aux normes générales du droit international et sont nécessaires pour la sécurité nationale, l'intégrité territoriale, du bien-être économique du pays, de l'ordre public, en vue de prévenir les infractions et les désordres, en vue de protéger les droits, les libertés et la dignité d'autres personnes, en vue d'empêcher la divulgation des informations confidentielles ou de garantir l'autorité et l'impartialité de la justice. »

330. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

Article 13§3 – Prévention, abolition ou allègement de l'état de besoin

CSR 13§3 MALTE

Le Comité conclut que la situation de Malte n'est pas conforme à l'article 13§3 de la Charte pour les motifs suivants :

- il n'est pas établi que les services d'aide et de consultation fonctionnent conformément à cette disposition ;
- il n'est pas établi que les ressortissants des autres Etats parties qui résident légalement ou travaillent régulièrement à Malte aient accès à ces services dans les mêmes conditions.

Premier motif de non-conformité

331. Le représentant de Malte fait la déclaration ci-après.

« La Fondation pour les services de protection sociale est chargée de proposer une assistance sociale à différentes catégories de personnes résidant à Malte. Elle comprend trois agences : l'Agencija Sedqa – Agence nationale de lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme -, l'Agencija Appogg – Agence nationale de protection sociale pour les enfants et familles en difficulté - et l'Agencija Sapport – Agence nationale chargée d'offrir des services communautaires et résidentiels aux personnes handicapées et à leur famille.

SEDQA

L'accès aux services de la Sedqa n'est pas réservé aux professionnels ; ils sont également ouverts au grand public. L'Agence propose une aide aux personnes aux prises avec des problèmes d'addiction, ainsi qu'à leurs proches. Ces services sont gratuits, y compris les plus importants – ceux qui concernent l'hébergement, notamment.

Compte tenu de la petite taille de notre pays, l'absence de répartition géographique des services de la Sedqa n'a jamais été considérée comme un problème. Les services communautaires sont situés dans des endroits aisément accessibles par les transports publics. En outre, les travailleurs sociaux rendent également visite aux personnes dont ils s'occupent à l'extérieur de leurs bureaux, dans les hôpitaux, les prisons, les foyers ou à domicile.

APPOGG:

A l'instar de la Sedqa, l'Appogg s'adresse au grand public, aux professionnels et à tous ceux (individus et familles) qui ont besoin de ses services.

Elle gère également un service national d'assistance téléphonique – le numéro d'appel 179 - qui permet à chacun d'obtenir des informations sur les services fournis par l'Agence ou de demander de l'aide.

Les services d'action sociale proposés par l'Agence sont gratuits, sauf l'assistance judiciaire (« Court reports »), fournie moyennant une contrepartie (ainsi qu'il est dit ailleurs) et le service « Smart Kids », soumis à une condition de revenu. S'agissant de « Court reports », l'Agence renonce à demander une participation financière aux personnes qui ne disposent pas de ressources suffisantes.

Compte tenu de la petite taille de notre pays, l'absence de répartition géographique des services de la Sedqa n'a jamais été considérée comme un problème. Les services communautaires sont situés dans des endroits aisément accessibles par les transports publics. En outre, les agents en charge de ces services se déplacent pour la plupart au domicile des usagers. L'Agence propose également des services communautaires pour les enfants et les familles dans deux ports (Cottonera et La Valette), au centre de l'île (B'Kara) et au nord du pays (Qawra). Un autre centre ouvrira ses portes d'ici la fin de l'année dans le sud de l'île. Il conviendrait de déployer d'autres services communautaires pour couvrir d'autres parties du territoire.

Tous les services proposés par ces deux agences sont gratuits pour les citoyens maltais ainsi que pour les ressortissants étrangers qui résident légalement ou travaillent régulièrement à Malte, quelle que soit la durée de leur séjour à Malte.

SUPPORT:

Comme toutes les autres agences, la Support s'appuie sur les médias pour faire connaître ses services. Elle collabore avec la Commission nationale des personnes handicapées chargée de recenser les personnes atteintes d'un handicap à Malte et d'intervenir en cas de discrimination au regard de la loi sur l'égalité des chances (2000). Elle travaille aussi avec des ONG locales s'occupant de personnes handicapées afin de veiller à ce que les personnes directement concernées soient dûment informées.

L'Agence a mis en place un système d'aiguillage très souple qui permet à tout un chacun de solliciter son aide – qu'il s'agisse de l'intéressé lui-même, d'un parent, d'un autre professionnel ou d'une tierce personne qui pense que son intervention pourrait être utile. Elle entend répondre rapidement à ceux qui s'adressent à elle pour la première fois et établit un premier contact dans la journée qui suit la réception de la demande.

Comme pour l'Appogg et la Sedqa, les bureaux des services sociaux de la Support, qui constituent le premier point de contact avec le public, sont situés en un lieu central, et il en va de même pour son siège social. Les services sociaux et les services communautaires sont fournis là où ils sont nécessaires, quel que soit l'endroit : ils consistent, outre les visites à domicile, à accompagner des usagers à des rendez-vous, à l'hôpital ou ailleurs. Les centres de jour et les résidences de l'Agence sont également facilement accessibles par les transports publics. Il est également à noter que les services fournis par la Support sont dans une large mesure gratuits, même si les usagers des services résidentiels sont censés verser une participation financière représentant 60% de leur pension d'invalidité, ou l'équivalent, pour la gestion de la résidence où ils vivent.

Les trois agences sont totalement financées par des fonds publics ; tous les citoyens maltais, en ce compris tous les résidents en situation régulière à Malte, y ont accès.”

332. En réponse à une question de la représentante de la Lituanie, le représentant de Malte confirme que les informations qu’il vient de donner dans son intervention orale n’ont pas été soumises dans le rapport et assure que les services sociaux sont ouverts à tous ceux qui sont dans le besoin, sans aucune discrimination.

333. La représentante de la Pologne demande quelle est la condition de résidence requise pour avoir droit à l’assistance sociale. Le représentant de Malte répond qu’aucune durée de résidence n’est exigée pour ceux qui résident légalement à Malte.

334. La représentante de la République tchèque fait remarquer que, dans le cas de Malte, la conclusion de non-conformité résulte d’un manque d’informations ; elle suggère d’inviter instamment les autorités maltaises à fournir toutes informations utiles dans leur prochain rapport. La Présidente du Comité et la représentante de la Lituanie sont du même avis.

335. Le Secrétariat observe que les informations communiquées au cours de l’intervention orale du représentant maltais concernent pour l’essentiel l’article 14, et non pas véritablement l’article 13§3.

336. La représentante de l’Estonie demande s’il existe différents systèmes d’assistance sociale à Malte et si chaque personne en difficulté est assurée de se voir prodiguer des conseils spécifiques à sa situation. Le représentant de Malte indique dans sa réponse que l’intéressé bénéficiera en pareil cas d’une aide personnalisée qui lui sera fournie par l’une des trois agences de services sociaux ou par un travailleur social qualifié; il précise que Malte est dotée d’un vaste réseau de services d’aide et d’information en matière sociale.

337. +Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes informations utiles dans le prochain rapport et décide d’attendre la prochaine appréciation du CEDS.

Deuxième motif de non-conformité

338. Le représentant de Malte a fourni par écrit les informations suivantes :

« La Fondation pour les services de protection sociale est chargée de proposer une assistance sociale à différentes catégories de personnes résidant à Malte. Elle comprend trois agences : l’Aġenzija SEDQA – l’agence nationale de lutte contre la toxicomanie et l’alcoolisme –, l’Alenia Apo – l’agence nationale de protection sociale pour les enfants et les familles en difficulté – et l’Alenia SAPPOR – l’agence nationale chargée d’offrir des services de proximité et en résidence aux personnes handicapées et à leur famille.

SEDQA

La possibilité d’adresser des personnes à la SEDQA n’est pas réservée aux professionnels, mais est offerte également au grand public. L’Agence propose son aide aux personnes aux prises avec des problèmes de dépendance, ainsi qu’à leurs proches. Les services sont gratuits, y compris les plus importants – par exemple, la prise en charge en établissement.

APPOGG

A l’instar de la SEDQA, l’APPOGG s’adresse au grand public, aux professionnels et à tous ceux (individus et familles) qui ont besoin de ses services.

Elle gère également un service national d’assistance téléphonique – Supportline 179 – qui permet à tout un chacun d’obtenir des informations sur les services qu’elle propose ou de demander de l’aide.

Les services d’action sociale proposés par l’APPOGG sont gratuits, sauf l’assistance judiciaire (« Court reports »), fournie moyennant une contrepartie (comme indiqué ailleurs) et le service « Smart Kids », soumis à une condition de revenus. Pour ce qui est de l’assistance judiciaire, l’Agence renonce à demander une participation financière aux personnes qui ne disposent pas de ressources suffisantes.

SUPPORT

Comme toutes les autres agences, la SAPPOR s'appuie sur les médias pour relayer l'information sur les services qu'elle propose. Elle a établi des contacts fructueux avec la Commission nationale du handicap, chargée de tenir le registre des personnes handicapées à Malte et de prendre les mesures qui s'imposent dans les cas de discrimination qui lui sont signalés dans le cadre de la loi sur l'égalité des chances (2000). Elle travaille aussi avec les ONG locales œuvrant dans le domaine du handicap pour veiller à ce que les personnes directement concernées soient dûment informées à la base.

L'agence a mis sur pied un dispositif d'aiguillage, dont la souplesse permet à tout un chacun de solliciter son aide – qu'il s'agisse de l'intéressé lui-même, d'un parent, d'un autre professionnel ou d'une tierce personne qui pense que son intervention pourrait être utile. Elle s'emploie à répondre rapidement aux nouvelles demandes en établissant un premier contact avec l'intéressé dans le jour ouvré suivant la réception de la demande.

SEDQA

Compte tenu de la petite taille de notre pays, la (non-)répartition géographique des services de la SEDQA n'a jamais été considérée comme posant problème. Les services de proximité sont situés dans des endroits aisément accessibles par les transports publics. En outre, nos équipes travaillent aussi à l'extérieur et se rendent auprès de ceux dont elles s'occupent, dans les hôpitaux, les prisons, les foyers ou à domicile.

APPOGG

Compte tenu de la petite taille du pays, tous les services spécialisés de l'agence sont centralisés – les sièges sont au centre de l'île et aisément accessibles par les transports publics. En outre, la plupart des services vont aussi à la rencontre des usagers là où ils résident. L'agence propose par ailleurs divers services de proximité pour les enfants et les familles dans deux ports (Cottonera et La Valette), au centre de l'île (B'Kara) et au nord du pays (Qawra). Il en faudrait d'autres ailleurs pour couvrir l'ensemble du territoire.

SAPPOR

Comme pour l'APPOGG et la SEDQA, les bureaux des services d'action sociale de la SAPPOR, qui constituent le premier point de contact avec le public, sont situés au centre du pays, de même que le siège. Les services d'action sociale et de proximité sont assurés là où ils sont nécessaires, quel que soit l'endroit ; ils englobent les visites à domicile et l'accompagnement des usagers à une série de rendez-vous, à l'hôpital ou ailleurs, selon que de besoin. Les centres de jour et les résidences de l'agence sont aussi aisément accessibles par les transports publics.

Il importe aussi de noter que les services proposés par la SAPPOR sont dans une large mesure assurés gratuitement, même si les usagers des services résidentiels sont censés verser une participation financière représentant 60% de leur pension d'invalidité, ou l'équivalent, pour les frais de fonctionnement de la résidence dans laquelle ils vivent.

SEDQA

La SEDQA est intégralement financée par des fonds publics. Pour pouvoir faire face à l'évolution et répondre à l'augmentation des demandes, elle doit régulièrement solliciter des crédits supplémentaires à l'Etat en vue de développer l'offre des services qu'elle propose.

APPOGG

Comme la SEDQA, l'APPOGG est intégralement financée par des fonds publics. Une liste d'attente a du être établie pour un certain nombre de services, d'où la nécessité de ressources supplémentaires pour pouvoir faire face à la demande.

SAPPOR

La SAPPOR est intégralement financée par des fonds publics. Il est vrai qu'en ce qui concerne les services du secteur social, la demande excède invariablement l'offre ; il appartient donc à l'agence d'informer les autorités compétentes de la réalité des nouveaux besoins dans ce secteur, afin que celles-ci l'aident à y répondre.

SEDQA

Les ressortissants de l'UE bénéficient gratuitement des mêmes services que les Maltais, quelle que soit la durée de leur séjour à Malte. Les ressortissants d'autres pays qui résident légalement ou travaillent régulièrement à Malte jouissent aussi des mêmes droits.

APPOGG

La situation pour l'APPOGG est la même que pour la SEDQA.

SAPPOR

Tout ressortissant de l'UE ou toute personne légalement autorisée à résider à Malte peut prétendre au bénéfice des services de la SAPPOR, dès lors qu'est rempli le critère principal à cet égard, à savoir la reconnaissance officielle, par un médecin qualifié, de son handicap. Les personnes qui ont déposé une demande d'asile, en cours d'examen, peuvent également prétendre à ces services.»

339. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 13§3 MOLDOVA

Le Comité conclut que la situation de la Moldova n'est pas conforme à l'article 13§3 de la Charte révisée au motif que les services sociaux ne fonctionnent pas dans la manière prescrite par cette disposition

340. La représentante de la Moldova a fourni par écrit les informations suivantes :

« Services sociaux

Les services sociaux représentent un ensemble de mesures et d'activité réalisée pour répondre aux nécessités sociales de la personne ou de la famille, en vue de dépasser certaines situations de difficulté, de prévenir la marginalisation et l'exclusion sociale.

La République de Moldova s'est engagée pleinement dans le procès d'harmonisation aux valeurs et aux standards européens. La réforme dans le domaine des services sociaux est une des plus importantes. Dans ce sens, la Décision du Gouvernement n 1512 du 31 décembre 2008 a approuvé le Programme national sur la création du système intégré des services sociaux pour les années -2008-2012.

L'objectif du Programme est d'élargir rapidement les services sociaux communautaires et spécialisés et d'améliorer considérablement l'efficacité des services sociaux de haute spécialisation. Tout en combinant les mesures de prévention et de réhabilitation, ainsi qu'en réglant les cas au niveau communautaire avant leur aggravation (et son règlement devienne plus coûteux), le système va devenir plus efficace du point de vue des coûts, va couvrir tous ceux qui ont besoin de soutien social et aura un impacte positif sur la qualité de la vie des personnes en situation de risque.

Le système intégré des services sociaux a des caractéristiques suivantes :

- a) identification et priorisation des nécessités individuelles des personnes en difficulté ;
- b) solution des problèmes au niveau communautaire, ainsi que prestation des services sociaux spécialisés selon les nécessités de bénéficiaires ;
- c) intégration des services sociaux, en évitant le doublement, juxtaposition ou les lacunes ;
- d) coordination du procès d'utilisation efficiente et la formation professionnelle des ressources humaines engagées dans le système de l'assistance sociale ;
- e) assurance de la qualité et de l'efficacité des services sociaux en conformité avec les standards de qualité et des mécanismes uniques.

Le développement du système intégré des services sociaux va créer de meilleures opportunités pour l'inclusion sociale des personnes en difficulté, en assurant le respect de leurs droits fondamentaux.

Pour rendre l'assistance sociale plus effective et développer le système intégré des services sociaux, la Décision du Gouvernement ***n 216 du 23.03.2010 a approuve le projet de Loi de l'assistance sociale n 547-XV du 25 décembre 2003.*** Comme suite des amendements proposés à la Loi de l'assistance sociale viennent compléter les lacunes du cadre normatif en consolidant aussi le cadre institutionnel pour la réalisation de l'assistance sociale aux différents niveaux administratifs.

En même temps, la Décision du Gouvernement ***n 149 du 01.03.2010 a approuve le projet de Loi sur les services sociaux.*** Ce projet de Loi stipule le cadre général de création et de fonctionnement du système intégré des services sociaux en déterminant les tâches et les responsabilités des autorités publiques centrales et locales, d'autres personnes juridiques autorisées a assurer et prêter des services sociaux, ainsi que de protéger les droits de bénéficiaires des services sociaux.

Les principes de base de prestation des services sociaux établis dans le présent projet de Loi sont les suivantes :

- principe de l'assistance sociale orientée, qui prévoit l'orientation prioritaires des services sociaux vers les plus vulnérables et défavorisés, identifiés a la base d'évaluation des nécessités individuelles.
- principe de la concentration sur le bénéficiaire, qui prévoit l'ajustement des services sociaux aux nécessités des bénéficiaires a la base de l'évaluation systématique de leur impacte sur la situation du bénéficiaire.
- principe de l'accessibilité, qui prévoit l'assurance de l'accès des personnes et des familles aux services sociaux, leur développement et leur installation dans la proximité des bénéficiaires.
- principe de l'assurance des opportunités égales, qui prévoit les droits aux services sociaux dans des conditions de traitement égal et sans discrimination.

- principe de la célérité qui prévoit la promptitude de la prise de décision concernant la solution des situations de difficulté.

L'objectif de ce projet de Loi est d'assurer la qualité et l'efficacité des services sociaux, de bien délimiter les attributions et les responsabilités des autorités de l'administration publique à tous les niveaux, d'établir la procédure claire de la prestation des services sociaux.

Catégories de services sociaux :

Services sociaux primaires - au niveau communautaire

Service des soins à domicile

Services d'alimentation dans les cantines d'aide social

Service d'assistance sociale communautaire

Services sociaux spécialisés

Services sociaux de placement de courte durée dans différentes situation de difficulté, ainsi que pendant la période froide de l'année.

Services résidentiels

Les informations détaillées seront présentées dans le prochain rapport. »

341. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

Article 13§4 – Assistance d'urgence spécifique aux non-résidents

CSR 13§4 ITALIE

Le Comité conclut que la situation de l'Italie n'est pas conforme à l'article 13§4 de la Charte, au motif qu'il n'est pas établi que toutes les personnes qui se trouvent en situation irrégulière en Italie puissent obtenir une assistance sociale d'urgence.

342. La représentante de l'Italie a fourni par écrit les informations suivantes :

« En ce qui concerne les conclusions du Comité sur le fait qu'il n'est pas établi que toutes les personnes en situation irrégulière en Italie reçoivent l'assistance sociale d'urgence, nous soulignons les points suivants.

Tout d'abord, nous rappelons qu'aux termes de la loi récente n 94 du 15 juillet 2009 qui contient des dispositions en matière de sécurité publique, la durée maximale de séjour pour les étrangers dans les centres d'accueil temporaires a été nettement prolongée. En effet, cette durée est passée de 60 à 180 jours au total à partir du 8 août 2009.

En outre, il faut tenir compte du fait qu'en Italie, les centres d'accueil temporaires ne sont pas seulement les centres gérés par le Ministère de l'Intérieur par le biais des préfectures et des bureaux du gouvernement sur le territoire (UTG - Uffici Territoriali del Governo), mais ce sont aussi ceux qui sont gérés par les associations et les autres institutions qui agissent sur leur propre initiative ou de concert avec les autorités locales (régions, provinces et communes). Les personnes en détresse, qu'elles soient italiennes ou étrangères (en règle ou en situation irrégulière) peuvent se tourner vers ces centres même lorsqu'elles sortent des centres d'accueil temporaires gérés par le Ministère de l'Intérieur.

Nous faisons surtout allusion à la première association de charité, la Caritas italiana, qui est implantée dans divers centres à plusieurs endroits en Italie et qui accueille, nourrit, héberge et fournit des vêtements propres à tous ceux qui se trouvent dans le besoin, qu'ils soient italiens ou étrangers.

Par ailleurs, il existe aussi des associations et des centres d'accueil religieux répandus sur l'ensemble du territoire. Ces structures offrent un point de repère aux migrants, aux pauvres et aux personnes marginales en détresse en leur garantissant une vaste série d'aides en matière d'assistance sociale, de promotion du respect des normes de la part des hommes, de leurs droits mais aussi de leurs devoirs.

À titre d'exemple, citons les structures les plus représentatives :

Communauté de Sant'Egidio : il s'agit d'une structure connue de tous dont les centres d'accueil constituent un réseau d'initiatives organisées afin de répondre aux besoins des personnes en difficulté. Ces centres distribuent des repas chauds et abondants dans une atmosphère familiale et accueillante, des denrées alimentaires de base ainsi que du linge propre et des chaussures. Par ailleurs, les centres mettent aussi à disposition un service de douches avec un rechange complet en plus d'un dispensaire

médical ouvert à l'intérieur du centre d'accueil à Rome où il est possible de recevoir gratuitement les médicaments nécessaires en plus de la visite médicale.

La Communauté met aussi à disposition une maison d'accueil à Rome, outre des caravanes situées à plusieurs endroits de la ville afin de pallier le manque de logement de façon temporaire.

Fondé en 1981, le Centre Astalli assiste les immigrés dans toutes sortes de démarches et le siège de Rome gère une cantine où 400 repas sont distribués quotidiennement, un dispensaire médical, trois centres d'accueil, une école d'italien ainsi que nombre d'autres services d'accueil de premier et second degré.

L'association Programma integra de la mairie de Rome porte assistance à tous ceux qui gèrent une activité de soutien aux ressortissants étrangers qui demandent l'asile politique, aux réfugiés ou aux migrants. L'association met à disposition des centres d'accueil et des auberges de jeunesse à Rome qui hébergent des ressortissants étrangers ayant des difficultés de logement.

Fondée en 1959 par les frères Cappuccini à Milan, la mission San Francesco pour les pauvres accueille et assiste gratuitement les personnes qui en ont le plus besoin. Elle assure un accueil gratuit de premier degré aux personnes qui ont besoin d'un couvert, de vêtements, d'hygiène personnelle et de soins médicaux afin de leur redonner dignité et espoir grâce au partage et à la solidarité. Cette structure garantit écoute et protection aux personnes en grande difficulté, en plus de la satisfaction de leurs besoins primaires et réels.

Née en 1999, l'objectif de la maison d'accueil S. Maria Goretti, affiliée au bureau Migrants afin de l'impliquer pleinement et d'être au plus près des immigrés, était de favoriser l'accueil des immigrés dont le nombre augmente au fil des ans. Dès son ouverture, la maison d'accueil s'est concentrée sur les immigrés présents sur le territoire. Les services mis en place tout de suite furent *la cantine des pauvres, le service de douches, la distribution de vêtements*. Par la suite, d'autres services ont été mis en place : *accueil nocturne, infirmerie, cours de langue italienne ainsi qu'un service d'accueil des immigrés*.

Par conséquent, nous insistons sur le fait que tous les centres d'accueil, y compris ceux mentionnés ci-dessus, fournissent des services d'urgence tels que la nourriture, l'hébergement et l'habillement et autres à toutes les personnes qui se trouvent dans le besoin, qu'il s'agisse de **citoyens italiens ou de ressortissants étrangers de l'Union européenne ou hors Union européenne en situation régulière ou irrégulière**.

En outre, nous soulignons que de nombreuses collectes organisées par les institutions paroissiales ainsi que par les services sociaux des communes donnent lieu à des distributions sur l'ensemble du territoire national. »

343. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 13§4 PAYS-BAS

Le Comité conclut que la situation des Pays-Bas n'est pas conforme à l'article 13§4 de la Charte Révisée, au motif qu'il n'a pas été établi que toutes les personnes se trouvant en situation irrégulière sur le territoire néerlandais puissent obtenir une assistance sociale d'urgence.

344. Le représentant des Pays-Bas a fourni par écrit les informations suivantes :

« Aux Pays-Bas, toute personne a droit au traitement médical dont elle a besoin. La législation interne ne contient pas de disposition interdisant de dispenser un traitement médical à quiconque en aurait besoin. Au contraire, tout prestataire de soins de santé a l'obligation de dispenser tout traitement médicalement nécessaire.

Lorsque les intéressés ont une assurance maladie, tout ou partie des coûts d'un tel traitement sont pris en charge par elle. Les immigrants en situation irrégulière et les demandeurs d'asile déboutés n'ont pas droit aux soins de santé au titre de l'assurance sociale. Les personnes non assurées doivent en acquitter les coûts elles-mêmes.

Cela étant, le traitement médicalement nécessaire doit être dispensé, même si les intéressés n'ont pas les moyens d'en acquitter le coût. Les prestataires de soins de santé qui ne peuvent se faire rémunérer pour le traitement médicalement nécessaire qu'ils ont dispensé à des étrangers n'ayant pas le droit de s'établir aux Pays-Bas peuvent déposer une demande de remboursement. Le droit au remboursement est énoncé dans la loi du 30 octobre 2008 portant modification de la Loi relative à l'assurance maladie concernant le remboursement aux prestataires de soins qui subissent une perte de revenus pour avoir dispensé des traitements médicalement nécessaires à certains groupes d'étrangers, ainsi que de la Loi relative aux dépenses médicales exceptionnelles eu égard à

l'assurance de certains groupes de mineurs étrangers. Cette loi, adoptée le 30 octobre 2008, est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009.

La Commission de l'assurance maladie (College voor zorgverzekeringen), chargée de l'application de la mesure, donne d'amples informations sur la possibilité de remboursement prévue par la loi du 30 octobre 2008. Ces informations s'adressent tant aux prestataires de soins (médecins généralistes, hôpitaux, pharmaciens) qu'aux instances de coordination et aux organisations représentant les immigrants sans papiers et les demandeurs d'asile déboutés.»

345. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

Article 14§1 – Encouragement ou organisation des services sociaux.

CSR 14§1 BELGIQUE

Le Comité conclut que la situation de la Belgique n'est pas conforme à l'article 14§1 de la Charte révisée aux motifs qu'il n'a pas été établi que :

- des services adaptés aux besoins existant dans les Communautés française et germanophone ;
- les ressortissants des autres Etats Parties ont accès aux services sociaux sur un même pied d'égalité que les nationaux dans ces deux Communautés;
- des mécanismes de contrôle soient mis en place pour garantir la qualité des services sociaux fournis par les différents prestataires dans les Communautés française et germanophone.

Premier, deuxième et troisième motifs de non-conformité

346. La représentante de la Belgique a fourni par écrit les informations suivantes :

« Contribution de la DGO5 du Service public de Wallonie au rapport exposé dans le cadre de la Charte sociale européenne - Comité gouvernemental - article 14

Rétroactes

L'adoption du décret du Conseil régional wallon du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française a eu pour effet de transférer à la Région wallonne l'exercice de toute une série de compétences à partir du 1^{er} janvier 1994.

Ce transfert qui a impliqué la possibilité pour la Région wallonne de régir y compris par décret les matières transférées, lui a offert la possibilité de développer de nouvelles politiques ou d'y consacrer plus de moyens.

De façon exhaustive, a été transférée en matière de santé, la politique de la santé dévolue antérieurement à la Communauté à l'exception des hôpitaux universitaires, du centre hospitalier de l'Université de Liège, de l'Académie royale de médecine de Belgique, de ce qui relève des missions confiées à l'Office de la Naissance et de l'Enfance, de l'Education sanitaire, des activités et services de médecine préventive et de l'inspection médicale scolaire.

Ont donc été concrètement transférées les compétences de programmation, d'agrément et de subsidiation des institutions de soins ainsi que des organismes dispensant des soins extra-muros : hôpitaux, maisons de repos et de soins, maisons de soins psychiatriques, habitations protégées, centres de santé intégrée, services de santé mentale et services de télé-accueil.

Pour la politique de la Santé, il y a donc, à l'exception de ce qui relève des Universités, une frontière globale qui peut être définie ainsi : le secteur préventif reste à la Communauté française, le secteur curatif passe dans les compétences de la Région wallonne.

En ce qui concerne l'action sociale, ont été transférées les compétences en matière d'aide aux personnes de la Communauté française à l'exception des normes déterminant les catégories de handicapés pris en charge, de ce qui relève des missions confiées à l'Office de la Naissance et de l'Enfance, de la protection de la jeunesse et de l'aide sociale aux détenus. Ont donc été transférés concrètement à la Région wallonne, la politique familiale, c'est-à-dire les services d'aide aux familles et aux personnes âgées, les centres de planning familial ainsi que la politique d'encouragement à des actions diverses, études et publications dans le domaine de la politique familiale.

Transférée également, la politique de l'aide sociale, c'est-à-dire la politique des centres publics d'aide sociale, les centres de service social, la politique d'encouragement à des actions diverses, de

recherches et de publications réalisées en matière d'aide sociale. A été également transférée la politique d'accueil et d'intégration des immigrés. Enfin, en ce qui concerne la politique des handicapés, ont été transférés les services relevant du fonds de soins médico-socio-pédagogique pour handicapés, les services d'aide aux activités de la vie journalière et le fonds communautaire pour l'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées.

Enfin, la politique du troisième âge, c'est-à-dire essentiellement l'agrément, la subvention des infrastructures de maisons de repos et des services d'accueil de jour pour personnes âgées, a également été transférée.

Bien que cette énumération puisse paraître très ardue, il y a, en fait, dans toutes ces matières une véritable substitution de l'action de la Communauté française par la Région wallonne pour ce qui concerne la région de langue française et par la Commission communautaire française pour ce qui concerne ces matières mais uniquement sur le territoire de la Région de Bruxelles - Capitale.

Les décrets de transfert contiennent, outre la désignation des matières pour lesquelles le transfert de l'exercice de compétence est attribué, toute une série d'autres dispositions.

Déjà en 1994, les responsables politiques wallons soulignaient la cohérence qui allait pouvoir être menée avec les politiques régionales envers les Pouvoirs locaux, du Logement, de l'Emploi et Formation, d'Environnement, d'Energie, etc...

Ils évoquaient également la proximité et la prise en compte de spécificités wallonnes.

Enfin, étaient avancés des arguments financiers et un refinancement de ces secteurs alors que, gérés par la Communauté française, ils ne pouvaient être suffisamment soutenus. A cet égard, les décrets de transfert prévoyaient un refinancement de 1 % par an au cours des années 1994 à 1999.

Après 15 ans d'exercice de ces compétences par la Région wallonne, il est évidemment tentant de dresser un bilan qui nous amène à relever pour de nombreux secteurs de nombreux éléments positifs.

En guise d'enseignement budgétaire, pour l'ensemble de la période de 1994 à 2009, on peut relever, pour les secteurs de l'Action sociale et de la Santé, une période de réformes, de restructuration, de modernisation et d'innovation de la législation avec notamment, les décrets dans les secteurs de l'aide aux familles et aux personnes âgées, de la santé mentale, l'intégration des personnes d'origine étrangère, la médiation de dettes, les centres publics d'action sociale, les maisons de repos, les résidences services et les centres d'accueil de jour, les maisons d'accueil pour adultes, les relais sociaux et les services d'insertion sociale, les centres de planning et de consultation familiale et conjugale, les transports médico-sanitaires, les espaces rencontres, etc.

La Région wallonne a largement contribué non seulement au refinancement mais surtout au développement des secteurs de l'Action sociale et de la Santé qui n'auraient pas pu connaître un tel développement sans le transfert de compétences survenu du 1^{er} janvier 1994.

La croissance des budgets (+ 118 % de 1994 à 2010 de 401.855.230 à 879.457.000 euros) du département de l'Action sociale et de la Santé en ce compris la dotation de l'Agence wallonne pour l'Intégration des Personnes handicapées (A.W.I.P.H.), a été supérieure à la croissance du budget régional (+ 83 %) sur la même période, ce qui indique un net refinancement de ces matières.

De façon très succincte, on peut synthétiser l'évolution des budgets depuis 1994 en soulignant que la Région wallonne a financé de façon marquante les secteurs de l'Action sociale et de la Santé au travers des moyens supplémentaires décidés lors de la Déclaration de politique régionale complémentaire (D.P.R.C. - 1997), les accords du non-marchand régional conclus en 2000 et en 2006, le plan inclusion sociale et le refinancement des infrastructures hospitalières et médico-sociales via le C.R.A.C. (Centre régional d'aide aux communes) (emprunt DEXIA), le développement de nouvelles initiatives (relais sociaux, services d'insertion sociale, espaces rencontres, ... ou le refinancement de certaines matières).

Ce refinancement a eu pour cause et/ou effet l'extension de l'offre de services à la population, la professionnalisation des services, la revalorisation des traitements de leurs agents et l'augmentation de l'emploi et des services agréés.

Il faut donc constater que ces politiques régionales ont été au-delà d'une simple remise à niveau des compétences reçues de la Communauté française.

Les politiques sociales et de santé de la Région wallonne sont organisées depuis 1996 autour de 2 grandes institutions que sont les Services public de Wallonie, (anciennement Ministère de la Région wallonne), Direction générale des Pouvoirs locaux, Action sociale et Santé (D605) et l'Agence wallonne pour l'Intégration des personnes handicapées (AWIPH).

Budget 2010

Le budget 2010 du Secteur Action sociale et santé de la Région wallonne se répartit comme suit :

Le budget 2010 consacré aux politiques sociales et santé concrètement s'élève à 852.080.000 millions d'euros dont 59 % consacré aux financements des politiques en faveur des personnes handicapées.

Au sein des politiques sociales, le secteur de la Famille (service d'aide aux familles) représente la

quasi-totalité des moyens alloués aux secteurs de la famille et des aînés (192.220.000 euros).

Les secteurs de l'action sociale et de la santé financés par la Région wallonne visent à soutenir des services de 1^{ère} ligne qui assurent une assistance, une prise en charge ou fournissent des prestations (aide sociale, assistance aux victimes, hébergement en maison d'accueil, médiation de dettes, aide familiale, intégration des personnes d'origine étrangère, etc).

La Région wallonne assure aussi des subventions pour la construction ou le développement d'infrastructures, (hôpitaux, maison de repos, maison de repos et de soins).

Le secteur maison de repos présente cependant la particularité d'être financée par l'INAMI (Institution dépendant de l'Etat fédéral) et de facturer ses prestations aux résidents alors que les normes (hébergement, qualité, personnel) et le respect des normes relèvent de la compétence régionale.

Le secteur des hôpitaux ou des autres services de santé curative est financé par l'INAMI via le prix de journée ou des subventions forfaitaires bien que l'agrément soit accordé par la Région sur base des normes fédérales.

Par contre la Région est compétente pour l'organisation des soins en dehors des établissements de soins (santé mentale, soins et services à domicile, transport médico sanitaire non urgent,...).

Qualité dans l'aide, l'assistance et les prestations

La qualité des prestations est assurée tout d'abord par les normes d'agrément.

De plus, il convient de souligner que les aides, l'assistance ou les prestations doivent être assurée par des professionnels (travailleurs sociaux, psychologues, éducateurs, aide familiale, etc...)

Enfin dans certains secteurs, des normes spécifiques ont été édictées pour assurer une qualité (plan de qualité,...) ce qui est le cas pour les maisons de repos et les hôpitaux.

La qualité des prises en charge est également garantie par les formations obligatoires ou facultatives que les travailleurs spécialisés doivent ou peuvent suivre.

Effectifs

En 2009, le nombre d'agents travaillant dans les Centres publics d'Action sociale wallons est de 20.399 agents.

En 2009, le nombre de personnes travaillant dans les services sociaux privés agréés et subventionnés par le SPW est évalué à 6150 personnes.

Une enquête est en cours en 2010 pour affiner ce dernier chiffre.

Le nombre de personne travaillant dans les services subventionnés par l'AWIPH est de 8.000 personnes.

Il est à relever que les secteurs Action sociale et santé ainsi que ceux relevant de la politique des personnes handicapées sont soutenus sur le plan de l'emploi par les dispositifs mis en œuvre en Région wallonne et par institutions fédérales pour soutenir l'emploi (APE, PTP, social) dans les secteurs sociaux.

Le nombre total de personnes travaillants dans les C.P.A.S. (secteur public) et les services sociaux privés agréés et subventionnés est évalué à 34.549.

Les agents des associations de C.P.A.S., des hôpitaux, des maisons de repos, de repos et de soins et d'autres services de santé curative financés par le fédéral ne sont cependant pas repris dans ces chiffres.

Quelques chiffres 2008 - 2009 concernant l'activité des services agréés

Dossier hébergement

- nombre de lits gérés par les Maisons de repos 45.353 dont 17.885 lits MRS en fonction

Dossiers sociaux

- dossiers de médiation de dettes : 19.480 (2008) ;

- nombre de personnes sans abris hébergées en urgence en 2008 : 4.175 personnes représentant 30.357 nuitées (informations données par les relais sociaux).

Maison d'accueil, maisons de vie communautaire, abris de nuit, maison d'hébergement de type familiale

7.338 personnes hébergées pour un total de 523.346 nuitées (2008)

Jours prestes par des articles 60§7 et 61 et subventionnés en faveur des Centre public d'Action sociale à raison de 10 euros par jours par la Région wallonne : 800.150 jours prestes concernant 6.606 personnes. (2008)

Revenus d'intégration sociale accordés par les C.P.A.S. de la Région wallonne : 41.177 soit 1,2 % de la population wallonne. (2009)

Service d'aide sociale aux justiciables (SAJ) : dossiers relatifs à des auteurs de délits : 699 (2008) - dossiers relatifs à des victimes : 1.888 (2009).

Centre de service social (CSS) : 100.610 dossiers (2008)

Service d'insertion sociale (2008) :

- ASBL : 1.224 personnes ;

- C.P.A.S. : 1.330 personnes

Service d'aide aux familles et aux personnes âgées - 5.987.233 heures prestées en 2009

Services de Santé Mentale : 35.000 usagers et plus de 200.000 consultations par an.

Télé-accueil : 100.000 appels par an.

Associations de santé Intégrée : 45.000 patients inscrits.

Centre de coordination de soins et services à domicile : 11.000 bénéficiaires par an.

Assuétudes : activités trop variées pour déterminer le taux et pas encore de chiffres fiables.

Droit d'accès aux services sociaux

Le décret wallon du 6 novembre 2008 relatif à la lutte contre certaines formes de discriminations pris en exécution des directives européennes mettant en œuvre l'Egalité de traitement garantit un accès égal à tous les ressortissants de l'Union européenne aux services sociaux soutenu par la Région wallonne auxquels ce décret est applicable.

Budgets consacrés par la Région wallonne aux politiques actions sociales et santé 2009 - 2010

D.O.	Libellé	Prog.	Libellé	(en milliers d'euros)				
				MA 2009	MA 2010	MP 2009	MP 2010	2010 MA %
17	Pouvoirs locaux, Action sociale et Santé	11	Politiques transversales dans le domaine socio-sanitaire	33.665	30.000	33.665	30.000	3,4 %
		12	Santé	81.270	88.866	78.620	86.524	10%
		13	Action sociale	63.454	63.183	63.404	62.914	7,1 %
		14	Famille et Troisième âge	178.835	192.220	175.926	189.492	21%
		15	Personnes handicapée	503.706	507.811	503.706	507.811	57%

Relevé des services agréés par la Région wallonne (situation 2009 -2010)

	<u>Nombre de services privés</u>	<u>Centre public d'Action sociale et autres services</u>
Services de santé mentale	38	25
Centres de planning et de consultations familiales et	70	1
Centres de service social	32	-
Centres de coordination de soins et services à domicile	29	
Centres de télé-accueil	5	-
Services d'aide aux justiciables	13	-
Espaces rencontres	12	-
Associations de santé intégrée	45	1
Associations spécialisées en assuétudes	15	-
Services agréés d'aide aux familles et aux personnes	32	58
Maisons d'accueil maisons de vie communautaire et abris	62	8
Centres régionaux d'intégration	7	-
Médiation de dettes	17	196
Services d'insertion sociale	32	42
Maisons de repos dont Maisons de repos et de soins	505 dont 268	141 dont 123
MRS pures	1	9
Centres d'accueil de jour dont centre de soins de jour	24 dont 14	20 dont 15
Résidences service	76	8
Hôpitaux	18	30
Hôpitaux psychiatriques	6	14

Maisons de soins psychiatriques	5	8
Initiatives d'habitations protégées	-	27
Relais sociaux	-	7

Communauté germanophone – Services sociaux

Observation préliminaire

La Communauté germanophone regroupe environ 74.500 personnes réparties sur le territoire de 9 communes.

Les Centres publics d'action sociale

Il y en a 9 : un par commune.

Dans la brochure relative aux centres publics d'action sociale (Öffentliche sozialhilfezentren),

On trouve dans les tableaux en annexes :

Annexe 1

tableau 1 : les différents domaines dans lesquels les CPAS interviennent

tableaux 2, 3 et 4 : le personnel occupé dans les CPAS par commune

tableau 6 : les institutions qui travaillent en coopération avec les CPAS

Annexe 2

tableau 3 : nombre de bénéficiaires du revenu d'intégration

tableau 4 : nombre de bénéficiaires par catégorie (isolé, cohabitant, avec charge de famille)

tableau 6 : nombre de bénéficiaires par nationalité

Tableau 7 : nombre de bénéficiaires de l'aide sociale

Tableau 13 : création d'emploi « article 60 »

Annexe 3

Tableau 1A : tableau des différentes aides financières accordées

Tableau 3 : bénéficiaires d'aide alimentaire

Remarque

Le revenu d'intégration sociale peut être accordé à toute personne belge ou étrangère inscrite au registre de la population qui ne dispose pas de ressources suffisantes et qui n'est pas en mesure de se les procurer. (Loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale)

L'aide sociale est octroyée par les centres publics d'action sociale. Elle peut être matérielle, sociale, médicale, médico-sociale ou psychologique. (Loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale).

L'article 60, § 7 de la loi du 8 juillet 1976 prévoit : « Lorsqu'une personne doit justifier d'une période de travail pour obtenir le bénéfice complet de certaines allocations sociales, (...), le centre public d'action sociale prend toutes les dispositions de nature à lui procurer un emploi. Le cas échéant, il fournit cette forme d'aide sociale en agissant lui-même comme employeur pour la période visée. »

Contrôle de la qualité des services offerts

Dans le domaine de l'action sociale, de nombreuses organisations et institutions sont actives. La surveillance de la plupart de ces activités se fait par le service Emploi, Santé et Affaires sociales du Ministère de la Communauté germanophone. »

347. La représentante de la Belgique fournit également par écrit des informations détaillées supplémentaires sur la situation relative à l'article 14§1 dans son pays.

348. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 14§1 GEORGIE

Le Comité conclut que la situation de la Géorgie n'est pas conforme à l'article 14§1 de la Charte révisée car il n'existe pas de système général de services sociaux.

349. Le représentant de la Géorgie a fourni par écrit les informations suivantes :

« Des services sociaux sont maintenant en place pour divers groupes vulnérables, tels que les enfants, les personnes handicapées, les personnes âgées, les familles vivant en deçà du seuil de pauvreté. Pour les orphelins et les enfants privés de l'assistance de leurs parents, la mise en place de services de prévention et de désinstitutionalisation passe par l'octroi aux familles d'une aide matérielle et d'allocations de réinsertion ainsi que par l'offre de formules alternatives, comme le placement en famille d'accueil et les services à domicile en petits groupes.

Les services de protection sociale prêtent leur concours aux services d'accueil de jour destinés aux enfants de familles vulnérables, enfants handicapés et « enfants des rues ». Les centres d'accueil de jour proposent une aide aux devoirs, des programmes éducatifs pour les enfants à besoins spéciaux, des repas et un soutien psychologique, ainsi qu'un programme d'activités culturelles.

Les programmes des pouvoirs publics couvrent aussi les différents types de troubles de santé, le diagnostic précoce et la réadaptation des enfants.

Des services de proximité, des centres de réadaptation, des fauteuils roulants, des services d'accueil de jour sont prévus pour les personnes handicapées.

Pour les personnes âgées sont prévus des services en milieu résidentiel.

Les services de protection sociale prennent une part active à tous les programmes susmentionnés. Aujourd'hui deux cents travailleurs sociaux se chargent de prendre les décisions clés s'agissant de placer les divers groupes dans les divers services.

Les familles vivant en deçà du seuil de pauvreté (selon les critères de ressources en place) ont droit à des prestations en espèces et à l'assurance médicale (793,557 GEL par personne).

Prestations en espèces et assurance médicale sont prévues également pour les personnes déplacées. »

350. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 14§1 TURQUIE

Le Comité conclut que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 14§1 de la Charte au motif qu'il n'existe pas de système général de services sociaux.

351. Le représentant de la Turquie explique que, dans son pays, l'action sociale est complexe et hétérogène. Les services sociaux sont essentiellement fournis par la Direction générale des services sociaux et de la protection de l'enfance (SHCEK), mais il en est aussi qui sont confiés à d'autres organismes publics et privés. Des disparités existent d'autre part entre zones urbaines et zones rurales. La demande de travailleurs sociaux est forte et les formations à ces métiers se multiplient pour y répondre. Les services de protection sociale continuent de s'étoffer dans le cadre du 9^e Plan de développement 2007-2013.

352. Plusieurs représentants (Estonie, Lituanie) notent que le processus de refonte et de renforcement des services sociaux se poursuit en Turquie et que l'on constate déjà certains progrès.

353. Le représentant de l'Azerbaïdjan fait observer que des ONG assurent également des services sociaux en Turquie.

354. Le Comité prend note des évolutions positives et invite les autorités turques à fournir toutes informations utiles dans leur prochain rapport ; il décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

Article 14§2 – Participation du public à la création et au maintien des services sociaux

CSR 14§2 BELGIQUE

Le Comité conclut que la situation de la Belgique n'est pas conforme à l'article 14§2 de la Charte révisée car les conditions dans lesquelles les prestataires non publics participent à la fourniture de services sociaux ne sont pas clairement définies et il n'est pas établi que des mécanismes de contrôle soient prévus pour s'assurer concrètement du respect des conditions imposées à ces prestataires.

355. La représentante de la Belgique a fourni par écrit les informations suivantes :

« Voir les informations y relatives sur l'Article 14§1. »

356. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 14§2 GEORGIE

Le Comité conclut que la situation de la Géorgie n'est pas conforme à l'article 14§2 de la Charte révisée au motif qu'il n'est pas établi que des initiatives soient prises pour encourager la participation des organisations et des individus à la création et au maintien des services sociaux.

357. Le représentant de la Géorgie a fourni par écrit les informations suivantes :

« Tous les partenaires, y compris les ONG, prennent une part active au développement des politiques de protection sociale. Les ONG se chargent d'assurer une grande partie des services sociaux et s'intéressent à l'élaboration de politiques appropriées.

La mise au point du plan d'action national pour les handicapés 2010/2012 offre un bon exemple de la manière dont les représentants de la société civile s'investissent dans l'élaboration de politiques. Le groupe de travail qui a été mis en place à cet effet rassemble des représentants d'ONG locales et internationales et de ministères. Le plan d'action qui a été adopté tient compte des points de vues de toutes les catégories de partenaires.

Les ONG prennent part également au processus de suivi des programmes et services publics de protection sociale. »

358. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR Article 23 – Droit des personnes âgées à une protection sociale

CSR 23 FINLANDE

Le Comité conclut que la situation de la Finlande n'est pas conforme à l'article 23 de la Charte révisée, au motif que le montant de la pension nationale versée aux personnes âgées ayant de faibles revenus est manifestement insuffisant.

359. La représentante de la Finlande a fourni par écrit les informations suivantes :

« La pension garantie fait l'objet d'un ensemble de textes de lois relatifs au régime de retraite professionnelle, prévoyant des dispositions distinctes pour les salariés, les chefs d'entreprises, les agriculteurs, les marins, les fonctionnaires, les employés municipaux et ceux de l'église. S'y ajoute la loi relative à la pension nationale. En l'absence de retraite professionnelle ou lorsque celle-ci est d'un montant minimal, le versement de la **pension liée aux gains professionnels que prévoit la loi** ou la **pension nationale** est garanti pour la population. La **pension de vieillesse** consiste en une retraite professionnelle et une pension nationale.

La Finlande souhaite rappeler que la pension nationale n'est qu'une partie de la sécurité sociale minimum prévue pour les personnes âgées. Comme indiqué dans le rapport, le régime de sécurité sociale consiste, s'agissant des personnes âgées, en une série de mesures différentes et dûment ciblées. Outre le droit à des soins de santé à faible coût, un retraité a droit à une allocation de logement pour couvrir le coût du logement et à une allocation d'invalidité pour couvrir les frais qu'engendre la nécessité d'une aide et d'une assistance à domicile, ainsi que d'autres dépenses spécifiquement liées à la maladie. Ces diverses prestations sont à considérer comme un tout. La pension nationale à elle seule ne représente pas l'intégralité de la couverture minimale. La nouvelle loi concernant la pension garantie améliore les revenus des titulaires des pensions les plus faibles. Si la pension nationale ou la pension liée aux gains professionnels que perçoit le retraité est d'un montant inférieur au montant minimal prévu par la loi, il a droit au versement de la différence au titre de la pension garantie. La pension garantie concerne :

- les titulaires de 62 ans ou plus d'une pension de vieillesse ou pension de retraite anticipée ;
- les titulaires d'une pension d'invalidité, âgés de seize ans ou plus ;
- les titulaires d'une pension de chômage ;
- les agriculteurs percevant une indemnité au titre de l'aide à la préretraite;
- les personnes inaptes à un travail ou les travailleurs migrants de 65 ans ou plus ayant résidé au moins trois ans en Finlande.

Si une personne perçoit une pension de vieillesse sous la forme d'une pension de retraite anticipée, la réduction correspondante s'appliquera aussi à la pension garantie.

Les relations familiales et les revenus en provenance d'autres sources n'ont pas d'incidences sur le montant à taux plein de la pension garantie : celui-ci est le même pour les personnes seules ou mariées. Le Président de la République a ratifié la loi relative à la pension garantie le 20 août 2010. Elle est entrée en vigueur le 1er mars 2011.

Compte tenu de ce qui précède, le ministère des Affaires sociales et de la Santé est d'avis que la situation de la Finlande est conforme à l'article 23 sur ce point.»

360. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 23 ITALIE

Le Comité conclut que la situation de l'Italie n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte révisée au motif qu'il n'est pas établi que le montant de l'aide sociale soit suffisant.

361. La représentante de l'Italie a fourni par écrit les informations suivantes :

« Le Comité européen des droits sociaux a jugé la situation de l'Italie non conforme à l'article 23 de la Charte sociale européenne révisée au motif que les montants de la pensions de vieillesse et de la pension sociale des personnes âgées ne sont pas suffisants.

En particulier, le Comité avait indiqué dans les Conclusions 2009 que le montant mensuel de la pension minimale était égal à 472 € (5.669,82 € annuels). Dans la réponse au cas de non-conformité sur l'article 12 on a souligné que ce montant se réfère au *traitement minimum*, à savoir à l'intégration que l'Etat verse aux titulaires des pensions qui ont revenus inférieurs à ce qu'on considère le « *minimum vital* ». En renvoyant, donc, au contenu de la réponse en question, il faut remarquer qu'en 2007 le montant de la pension minimale était égal à 436,14 € par mois et non pas à 472 € puisque le montant annuel de 5.669,82 € doit être divisé par treize mensualités. Ce montant est complété par la majoration sociale¹.

Le Comité avait jugé les montants de la pension et de l'allocation sociale insuffisants parce que inférieurs au seuil de risque pauvreté estimé à 50% du revenu médian par EUROSTAT. A ce propos on représente ce qui suit. Ayant estimé le seuil de risque pauvreté à 500 € par mois², le Comité avait relevé qu'en Italie le montant de la pension de vieillesse était inférieur à cette valeur. A son avis, une allocation qu'en 2007 avait un montant inférieur à 500 € mensuel se plaçait au dessous de 40% du revenu médian et, par conséquent, du seuil de risque pauvreté calculé par EUROSTAT. Dans la réponse au cas de non-conformité sur l'article 12, le Gouvernement italien a indiqué soit le paramètre utilisé par l'ISTAT soit la valeur du seuil de risque pauvreté individuelle en 2007 (493,17 €) estimée par le même institut. Autrement, dans les Conclusion 2009 sur l'article 23, la valeur de 625 € a été indiquée en tant que seuil de risque pauvreté en Italie. Cette valeur se différencie remarquablement soit du seuil de risque pauvreté estimé par l'ISTAT soit duquel indiqué dans les Conclusions 2009 sur l'article 12. Il est évident que les montants des allocations en question peuvent être jugés adéquats ou non selon les paramètres utilisés pour calculer le seuil de risque pauvreté. En l'absence d'un paramètre univoque et en considération de l'incohérence manifeste entre les deux valeur prises à titre d'exemple par le Comité, le Gouvernement italien envisage de réévaluer annuellement les montants de la pension et de l'allocation sociale selon le seuil de risque pauvreté calculé par l'ISTAT. Ayant augmenté progressivement d'année en année les montants des allocations susmentionnées, il a montré une attention croissante à l'égard des revenus des personnes âgées. Notamment, le montant individuel de la pension minimale était égal à 443,56 € par mois en 2008 tandis qu'il était égal à 458,20 € mensuel en 2009. Le montant de la pension minimale pour les personnes âgées de 65 à 69 ans complété par la majoration sociale s'élevait à 526,20 € par mois en 2008 et à 540,84 € en 2009. Les personnes âgées 70 et plus percevaient une pension minimale mensuelle comprenant la majoration sociale égale à

¹ Voir la réponse au cas de non-conformité sur l'article 12.

² Voir Conclusions 2009 sur l'article 12.

559,91 € en 2007, 580 € en 2008 et à 594,64 € en 2009. De plus, la plupart de ces montants se place au dessus du 40% du revenu médian ajusté indiqué par le Comité en tant que seuil de risque pauvreté dans les Conclusions 2009 sur l'article 12.

Relativement au montant de la pension et de l'allocation sociale il faut préciser que celui indiqué dans le Conclusions 2009 (7.540 € annuels) se réfère à l'allocation sociale versée aux retraités âgés 70 ans et plus en 2008. Le montant mensuel de l'allocation sociale comprenant la majoration sociale s'élève à 580 €, comme on a exposé avant.

En ce qui concerne la majoration sociale, on a déjà expliqué dans la réponse au cas de non-conformité sur l'article 12 qu'elle est partie intégrante de l'allocation même et, par conséquent, qu'il ne s'agit pas d'une prestation à part.

En conclusion, étant donné l'absence d'un critère homogène d'évaluation des allocations sociales italiennes, on est d'avis de surseoir à l'examen de la situation de l'Italie.»

362. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 23 PORTUGAL

Le Comité conclut que la situation du Portugal n'est pas conforme à l'article 23 de la Charte révisée, au motif que les montants des pensions minimales de vieillesse – tant contributive que non contributive – étaient manifestement insuffisants pour une grande partie de la population âgée au cours de la période de référence.

363. La représentante du Portugal a fourni par écrit les informations suivantes :

« Concernant la conclusion du CEDS, il importe de reconnaître que la situation du Portugal n'est pas idéale, étant donné que dans ce groupe de personnes âgées, la majorité est constituée de **retraités** à faibles revenus n'ayant pas cotisé. Le gouvernement s'est néanmoins employé à améliorer la qualité de vie de cette population, notamment pour ce qui est du montant minimum des prestations concernées.

L'une des principales mesures mises en œuvre dans ce domaine est le barème de référence de l'aide sociale (IAS – indice des appuis sociaux). L'IAS a remplacé la rémunération mensuelle minimum garantie (**RMMG**) pour le calcul et l'actualisation des prestations sociales, allocations et pensions. L'IAS est actualisé tous les ans : 397,86 € (2007), 407,41€ (2008) et 419,22€ (2009), soit une revalorisation de 2,9% par an.

Le Complément solidarité pour personnes âgées (CSI) est une mesure sociale majeure adoptée durant la période de référence. L'objet de la prestation est de réduire les situations de pauvreté extrême parmi les personnes âgées ; 250 000 personnes ont ainsi été tirées de la pauvreté. L'État a investi 430 millions d'euros.

Pour élargir le nombre de bénéficiaires du CSI, les services de sécurité sociale ont lancé des actions de sensibilisation visant à informer la population sur cette prestation et à aider les personnes âgées à remplir les formulaires de demande. Le nombre de bénéficiaires est passé ainsi progressivement de 56 700 in 2007 à 179 600 en 2008. La plupart des intéressés n'avaient pas cotisé à des régimes contributifs ou n'avaient perçu que de très faibles salaires durant leur vie professionnelle.

Il importe aussi de rappeler ici que les personnes âgées sans ressources ont droit au CSI et à des services sociaux, tels que soins à domicile, accueil de jour et de nuit, assistance à domicile, résidences, loisirs et détente et aide aux familles. Les titulaires du CSI peuvent aussi bénéficier de prestations supplémentaires assurant un meilleur accès aux traitements et dispositifs d'aide.

Il importe enfin de souligner que le Portugal a revalorisé les pensions et indemnités en engageant des dépenses publiques en période de récession économique. Investir des fonds publics dans l'amélioration des conditions de vie des groupes les plus vulnérables, à savoir, les personnes âgées, c'est déployer les grands efforts qu'exige la lutte contre la pauvreté.»

364. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 23 SLOVENIE

Le Comité conclut que la situation de la Slovénie n'est pas conforme à l'article 23 de la Charte révisée, aux motifs que:

- les montants minimums de la pension de vieillesse contributive et de la pension sociale versée aux personnes âgées ayant de faibles revenus sont manifestement insuffisants;
- la durée de résidence exigée pour avoir le droit à la pension sociale est excessive.

Premier et deuxième motifs de non-conformité

365. La représentante de la Slovénie a fourni par écrit les informations suivantes :

« Pour commencer, il convient de préciser que la pension de l'Etat, malgré son nom, n'est pas une pension garantie par le régime obligatoire d'assurance pension et invalidité.

Il s'agit d'un revenu octroyé aux personnes ayant atteint un certain âge (65 ans) qui n'ont pas droit à une pension, au motif qu'elles n'ont pas cotisé pendant la durée minimale prévue par la réglementation slovène relative à l'assurance pension et invalidité, par d'autres dispositions en vigueur ou par un régime public de pension à l'étranger.

La loi exige aussi d'autres conditions, à savoir : 1/ condition de résidence : il faut pouvoir attester d'une durée de résidence permanente d'au moins 30 ans en Slovénie entre l'âge de 15 ans et de 65 ans ; 2/ ne pas dépasser le seuil de ressources prévu pour bénéficier du complément de pension minimale (cependant, à la différence de ce complément, la pension de l'Etat ne tient pas compte des revenus ni des biens des membres de la famille de l'intéressé ou de la personne qui, conformément à la législation, est chargée de subvenir à ses besoins !).

Le droit à une pension de l'Etat ne relève pas du régime public des pensions puisqu'il n'est pas lié au statut acquis dans le cadre d'une activité professionnelle et grâce au paiement de cotisations ; c'est une prestation financée par l'Etat en vue de subvenir aux besoins ou d'offrir une protection sociale à ceux qui n'ont pu obtenir des droits à pension sur la base de leur activité professionnelle antérieure.

La pension de l'Etat est donc un droit à caractère social et ne doit pas, malgré son nom, être assimilée à une « pension minimale de vieillesse ». Cette différence se retrouve dans le calcul de la rente, qui est égale à 33,3 % du taux minimal servant de base au calcul des pensions, tandis que la pension minimale servie aux assurés justifiant de 15 années de cotisation est égale à 35 % de ce taux.

Avec la réforme des pensions et les modifications apportées à la législation relative à l'assistance sociale, le droit à la pension de l'Etat fera l'objet d'une nouvelle réglementation.

En effet, afin de rendre le fonctionnement du régime de retraite plus transparent et de gérer en un seul lieu l'ensemble des prestations liées à la situation matérielle des personnes ou des familles, l'assurance pension et invalidité ne couvrira plus les transferts sociaux imputés sur le budget national qui dépendent non pas des cotisations versées, mais de la situation sociale des bénéficiaires. Ce système permettra de marquer une claire distinction entre les transferts sociaux et les prestations exclusivement liées aux pensions (pensions de vieillesse, d'invalidité, de veuvage et de survivant), financées grâce aux cotisations recueillies aux fins de l'assurance pension et invalidité.

L'admission au bénéfice d'une pension de l'Etat et de l'allocation complémentaire dépend de la situation matérielle de l'intéressé, et non des cotisations perçues. La pension de l'Etat est une prestation garantie aux personnes ayant atteint l'âge requis (65 ans) et dont la durée d'affiliation ouvrant droit à pension n'est pas suffisante, mais qui remplissent les autres conditions légales (avoir résidé en Slovénie pendant au moins 30 ans entre l'âge de 15 et de 65 ans), à condition que leurs revenus personnels ne dépassent pas le seuil fixé pour les personnes ayant droit à l'allocation complémentaire, conformément à la loi relative à l'assurance pension et invalidité (Journal officiel de la République de Slovénie, n° 109/6 – texte officiel unique, 114/06 – ZUTPG, 10/08 – ZvarDod, et 98/09 – ZIUZGK; „ZPIZ-1“). La pension de l'Etat offre une protection sociale à ses bénéficiaires et ne dépend pas de la situation matérielle qu'ils ont acquise par leur travail et les cotisations versées. Elle s'adresse à ceux qui n'ont droit à aucune pension, qu'elle soit octroyée par le régime d'assurance sociale slovène ou par un régime d'assurance pension à l'étranger, et vise à assurer leur subsistance. Conformément à la législation en vigueur, l'admission au bénéfice de la pension de l'Etat ne tient compte ni des personnes à la charge du bénéficiaire en vertu de la législation relative à la famille, ni des revenus et des biens de ces personnes. Ceux qui ont droit à une pension de l'Etat et qui, à l'issue de la période transitoire, perdront ce droit, obtiendront une protection sociale sous la forme de prestations de sécurité sociale conformément à la nouvelle proposition de loi (droit autonome à une pension nationale de vieillesse et à l'allocation complémentaire). Les autres titulaires d'une pension de l'Etat qui ne pourront prétendre à des prestations de sécurité sociale en vertu de la future loi se verront accorder des prestations de sécurité sociale par d'autres sources (à savoir les personnes tenues de subvenir à leurs besoins, de s'occuper de leurs biens, de leurs économies, etc.).

L'allocation complémentaire octroyée en vertu de la loi relative au complément de pension minimale vise à offrir une protection sociale à ceux dont la pension est inférieure au montant minimum, à condition qu'ils ne disposent pas eux-mêmes, ni les membres de leur famille, d'autres revenus ou biens

susceptibles de leur assurer une sécurité matérielle suffisante. Aux termes de la loi précitée, l'allocation complémentaire n'est pas accordée aux titulaires de pensions dont la sécurité sociale et celle des membres de leur foyer n'est pas menacée en dépit de leurs faibles revenus. La Caisse slovène d'assurance pension et invalidité peut vérifier de sa propre initiative si le titulaire d'une allocation complémentaire remplit toujours les conditions pour en bénéficier.

Dans les trois mois suivant l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, les centres de services sociaux devront déterminer par eux-mêmes si les personnes qui bénéficient de l'allocation complémentaire (en vertu de la loi relative au complément de pension minimale), de la pension de l'Etat (en vertu de la loi relative à l'assurance pension et invalidité (ZPIZ-1)) ou de prestations d'invalidité ou d'allocations pour soins ou assistance (en vertu de la loi relative à la protection sociale des personnes physiquement ou mentalement diminuées), remplissent les conditions requises pour que leurs droits soient transformés en un droit à des prestations de sécurité sociale au sens de la nouvelle loi. Il leur faudra ensuite rendre une décision annulant le droit à l'allocation complémentaire, à la pension de l'Etat, aux prestations d'invalidité et aux allocations pour soins et assistance à la date du 31 décembre 2010. Par cette même décision, ceux qui remplissent les conditions pour bénéficier des prestations de sécurité sociale se verront accorder ce droit à compter du 1^{er} janvier 2011. A l'inverse, ceux qui ne remplissent pas les conditions légales pour en bénéficier se verront refuser l'accès auxdites prestations par les centres de services sociaux. Toutes les prestations actuelles, à savoir la pension de l'Etat prévue par la loi relative à l'assurance pension et invalidité, l'allocation complémentaire prévue par la loi relative au complément de pension minimale et les prestations d'invalidité ou les allocations pour soins ou assistance prévues par la loi relative à la protection sociale des personnes physiquement et mentalement diminuées seront transformées en une prestation d'assistance sociale en espèces ou en une allocation complémentaire. Les données relatives aux bénéficiaires de l'actuelle allocation complémentaire et de la pension de l'Etat seront transférées de la Caisse d'assurance pension et invalidité au ministère compétent dans un délai d'un mois avant l'entrée en vigueur de la loi ; la Caisse informera les bénéficiaires de ce transfert.

La pension de l'Etat, l'allocation complémentaire, les prestations d'invalidité ou les allocations pour soins ou assistance seront versées aux personnes admises au bénéfice de ces prestations le jour de l'entrée en vigueur de la nouvelle loi jusqu'à ce qu'une décision leur ouvrant droit ou leur refusant l'accès aux prestations de sécurité sociale prévues par la nouvelle loi soit prise. Les sommes versées sur cette base seront considérées comme des versements anticipés de prestations de sécurité sociale. S'il s'avère que le bénéficiaire avait droit à une somme mensuelle plus élevée jusqu'à la décision de cessation des paiements, seule la différence entre la somme perçue et la somme à laquelle il aurait réellement eu droit pendant la période de versements anticipés lui sera octroyée.

Les droits à l'allocation complémentaire (servie au titre de la loi relative au complément de pension minimale - Journal officiel de la République de Slovénie, n° 10/08, ZVarDod), à la pension de l'Etat (servie au titre de la loi relative à l'assurance pension et invalidité - Journal officiel de la République de Slovénie, n° 109/06 – texte officiel unique, 114/06 – ZUTPG, 10/08 – ZvarDod, et 98/09 – ZIUZGK; „ZPIZ-1“) et aux prestations d'invalidité ou aux allocations pour soins ou assistance (servies au titre de la loi relative à la protection sociale des personnes physiquement et mentalement diminuées) seront donc transférés vers le système de prestations de sécurité sociale, ce qui remet en cause les droits acquis des bénéficiaires. Certes, cette mesure porte atteinte aux principes de la sécurité juridique ou de la confiance légitime, mais elle est nécessaire pour protéger l'intérêt général et d'autres principes qui sont ici jugés prioritaires :

- le principe de l'égalité de tous les citoyens slovènes devant la loi ou celui contenu dans la présente proposition de loi, qui vise à leur fournir les moyens de subvenir à leurs besoins essentiels et de vivre décemment ; et
- la protection d'un autre droit constitutionnel, à savoir le droit à la protection sociale des autres citoyens telle que garantie par la République slovène. En tant qu'Etat providence, la Slovénie se doit d'offrir une protection sociale à tous ses citoyens sans épuiser les ressources affectées à cette fin, de façon à ne pas compromettre ce droit. A l'heure actuelle, les droits à la pension de l'Etat, à l'allocation complémentaire et à l'assistance sociale en espèces, qui sont autant de mesures correctives, sont régis par des textes distincts et doivent par conséquent être intégrés dans un vaste système susceptible de garantir l'égalité d'accès à l'ensemble des prestations de sécurité sociale.

La Caisse slovène d'assurance pension et invalidité est chargée de la procédure initiale de traitement des demandes d'attribution de la pension de l'Etat pendant la période entre le dépôt des demandes et l'entrée en vigueur de la nouvelle loi ; elle s'appuie pour ce faire sur la loi relative à l'assurance pension et invalidité (ZPIZ-1).

Elle est également chargée de la procédure initiale de traitement des demandes d'attribution de l'allocation complémentaire pendant la période entre le dépôt des demandes et l'entrée en vigueur de la nouvelle loi ; elle s'appuie ici sur la loi relative au complément de pension minimale.

Les personnes dont les demandes d'attribution d'une pension de l'Etat ou d'une allocation complémentaire n'auront pas été traitées par la Caisse d'assurance pension et invalidité avant la nouvelle loi pourront solliciter l'assistance sociale en espèces ou l'allocation complémentaire dans les deux mois suivant son entrée en vigueur et bénéficier de ces prestations à compter de la date où la nouvelle loi aura pris effet. Passé ce délai, le droit à l'allocation complémentaire leur sera octroyé à compter du premier jour du mois suivant leur demande.»

366. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 23 SUEDE

Le Comité conclut que la situation de la Suède n'est pas conforme à l'article 23 de la Charte révisée, au motif que le champ du cadre législatif visant à lutter contre la discrimination fondée sur l'âge en dehors de l'emploi n'est pas suffisamment large.

367. La représentante de la Suède a fourni par écrit les informations suivantes :

« En réponse au constat posé en 2009 par le Comité, le Gouvernement suédois (« le Gouvernement ») souhaite présenter les observations ci-après.

Le Gouvernement a fait de la promotion de l'égalité des droits et des chances l'une de ses priorités. Une vaste législation antidiscriminatoire lui paraît donc nécessaire pour lutter efficacement contre les actes qui, directement ou indirectement, bafouent le principe de l'égalité de tous les individus. Les personnes âgées bénéficient, actuellement déjà, de dispositifs qui les mettent à l'abri de la discrimination et peuvent s'appuyer sur un solide cadre de protection sociale. L'objectif du Gouvernement est de donner aux citoyens l'assurance de pouvoir vieillir dans la dignité ; il entend porter davantage ses efforts sur les besoins et le bien-être individuels que sur les professions et les institutions concernées.

Loi suédoise visant à lutter contre la discrimination

Comme le Comité l'a noté, la loi protège les individus contre la discrimination à raison de l'âge dans un certain nombre de domaines bien précis, à savoir : la vie professionnelle, les activités éducatives, les activités ressortant à la politique de l'emploi et les services de l'emploi ne relevant pas de l'Etat, la création ou la gestion d'entreprise, la reconnaissance de compétences professionnelles et l'adhésion à certaines organisations. Cette protection limitée concernant la discrimination à raison de l'âge trouve son origine dans les conclusions de la commission parlementaire qui avait été chargée de passer au crible la législation antidiscriminatoire en vigueur en Suède et de proposer un nouveau texte de loi en la matière. Dans certains secteurs de la société qui sont ici visés¹, la commission parlementaire a estimé devoir approfondir son analyse avant de pouvoir formuler et définir valablement une interdiction de la discrimination fondée sur l'âge qui permette un traitement préférentiel souhaitable et justifiable. Aussi le Gouvernement a-t-il confié à une seule et même personne le soin de réaliser une étude en vue de trouver une solution qui garantirait le même niveau de protection contre la discrimination quel qu'en soit le motif. Cette étude s'attachera à indiquer comment prévoir une protection contre la discrimination fondée sur l'âge dans les domaines que la loi ne couvre pas pour l'instant. La personne chargée de cette étude devrait soumettre un rapport à l'automne 2010. Le Gouvernement suivra de près l'avancement et les résultats de ces travaux, et communiquera au Comité toutes les informations voulues.

Autres instruments existants offrant une protection sociale aux personnes âgées

Cadre législatif

Aux termes de la loi relative aux services sociaux (socialtjänstlagen), les municipalités sont tenues de garantir à tous ceux qui résident sur le territoire de la commune un niveau de vie suffisant. La loi sur les communes (kommunallagen) dispose que tous les habitants d'une commune doivent être traité sur un

¹ Biens, services et logements, réunions et manifestations à caractère public, services sociaux, système de sécurité sociale, assurance chômage, soins de santé et services médicaux, assistance aux études dans l'enseignement public, service militaire ou civil obligatoire, postes, charges et missions dans le secteur public.

ped d'égalité (likställighetsprincipen). La loi relative aux soins de santé (hälso- och sjukvårdslagen) pose l'obligation de traiter chacun en fonction de ses besoins.

Ressources suffisantes

Le système de retraites comporte un important dispositif permettant d'assurer aux personnes âgées des ressources suffisantes, à savoir le complément logement destiné aux titulaires d'une pension. C'est là ce qui explique que l'on ne trouve pratiquement pas, en Suède, de personnes âgées qui dépendent de l'assistance sociale. Un autre puissant rempart contre la pauvreté réside dans le dispositif qui confère à toute personne le droit de conserver une certaine somme, à titre de réserve, après le règlement des frais réclamés pour les services dont elle bénéficie. Les personnes âgées à faibles revenus qui ont besoin de nombreux services ont ainsi l'assurance de maintenir un niveau de vie suffisant.

Prévention de la maltraitance des personnes âgées

Ces dernières années, le Gouvernement a consenti des efforts sans précédent pour améliorer les compétences des professionnels qui s'occupent de la prise en charge des personnes âgées. Le projet mis en place à cet effet (« Savoir mieux faire ») s'est vu allouer plus d'un milliard de couronnes. Les valeurs éthiques et une nouvelle attitude à l'égard des personnes âgées ont constitué le dénominateur commun du projet. Une loi spéciale (Lex Sarah) fait par ailleurs obligation à tous les professionnels de signaler aux autorités les abus et mauvais traitements dont seraient victimes des personnes âgées. Les municipalités sont en outre invitées à instituer, au niveau local, des garanties destinées à préserver la dignité des personnes âgées et à imaginer des formules de certification du respect de normes et critères de dignité. D'autre part, les services sociaux sont juridiquement tenus, depuis 2009, d'apporter leur concours (aide concrète ou soins infirmiers par exemple) à ceux qui s'occupent d'une personne dépendante. Le Gouvernement a également dégagé des moyens financiers pour inciter les municipalités à octroyer ce type d'aide aux soignants non professionnels. Afin de protéger les intérêts de ceux qui ne sont plus autonomes, un curateur peut être désigné pour régler les questions financières de l'intéressé et s'assurer qu'il reçoive l'aide à laquelle il a droit. Ce curateur est nommé par le tribunal de première instance.

Logement

Le Gouvernement a dégagé 500 millions de couronnes depuis 2007 pour stimuler la construction ou l'adaptation de logements spécialement destinés aux personnes âgées. Cette enveloppe a permis de financer à ce jour plus de 6000 appartements pour le troisième âge. Le Gouvernement a en outre récemment lancé un programme d'aides à la rénovation et à l'aménagement de logements pour personnes âgées. Ces aides sont principalement axées sur l'amélioration de l'accessibilité des logements et de l'environnement physique, sur une planification stratégique des équipements qui favorise une plus grande accessibilité au sein de la collectivité, sur une meilleure utilisation des nouvelles technologies et des services, ainsi que sur la qualité du cadre de travail de ceux qui prennent en charge des personnes âgées. L'objectif est de faire en sorte que les personnes âgées et autres catégories de personnes à mobilité réduite puissent être autonomes et participer à la vie sociale.

Soins en institution

Un texte de loi relatif à la liberté de choix offre aux personnes âgées la possibilité de choisir entre différents prestataires pour leur prise en charge. Ce même texte autorise les prestataires de services destinés aux personnes âgées à se livrer à la concurrence pour gagner des clients ; l'aide pécuniaire accordée aux prestataires étant la même pour tous, c'est sur le terrain de la qualité des services qu'ils se mesurent. La liberté de choix devrait permettre de proposer des services qui correspondent mieux aux besoins et préférences de ceux qui, par exemple, ont des origines ethniques différentes ou ont une autre orientation sexuelle.

Conclusion

Compte tenu de ce qui précède, le Gouvernement estime que le système suédois offre aux personnes âgées un soutien suffisant qui leur garantit le droit à la protection sociale. Il entend poursuivre ses efforts pour mettre en place un instrument juridique approprié qui assure la protection contre la discrimination à raison de l'âge. Il fournira au Comité toutes informations utiles dans son prochain rapport.»

368. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

CSR 23 UKRAINE

Le Comité conclut que la situation de l'Ukraine n'est pas conforme à l'article 23 de la Charte révisée, au motif que les montants des pensions minimales de vieillesse – tant la pension contributive que la pension sociale – sont manifestement insuffisants.

369. La représentante de l'Ukraine a fourni par écrit les informations suivantes :

« En 2008, la valeur d'une année de la période d'activité couverte a été portée de 1 % à 1,35 %. Après cette augmentation, le rapport entre la pension moyenne et le salaire moyen était de 48,5 %.

En conséquence des mesures prises en 2008-2009, le montant moyen des pensions a augmenté de 64,5 % par rapport à 2007. En vigueur depuis le 1^{er} avril 2008, la pension minimale pour toutes les catégories (sans exception), y compris les personnes qui n'ont pas droit à une pension (à l'âge de 63 ans (hommes) ou l'âge de 58 ans (femmes)) et n'ont pas droit à une pension en vertu de la législation actuelle, est fixée à un niveau qui ne peut être inférieur au seuil de subsistance pour les personnes inaptes au travail (481 UAH) ; à compter du 1^{er} juillet 2008 : 482 UAH ; à compter du 1^{er} octobre 2008 : 498 UAH.

Depuis le 1^{er} novembre 2009, les pensions sont payées sur la base du nouveau seuil de subsistance pour les personnes inaptes au travail (573 UAH).

Par ailleurs, en octobre 2009, le Conseil des Ministres a approuvé le Concept de poursuite de la réforme des pensions.

Ce concept prévoit la mise en place d'un mécanisme efficace de protection des droits et des intérêts des personnes âgées et des autres catégories de citoyens qui ne sont plus capables de travailler ; il garantit aussi la stabilité et la transparence du fonctionnement du régime des retraites.

Le concept sera mis en œuvre sur la période 2010-17, en deux phases.

De 2010 à 2013, le Gouvernement projette d'introduire un mécanisme efficace pour augmenter les pensions, de différencier le montant de la pension minimale en fonction des droits acquis, de légiférer sur les salaires, de protéger les capitaux de pension, de promouvoir le développement des régimes de retraite non gouvernementaux et d'introduire des mesures d'incitation économique pour le paiement des cotisations de retraite.

Lors d'une deuxième phase, entre 2014 et 2017, le Gouvernement garantira l'égalité des droits de tous dans le cadre du régime des retraites, par l'adoption de règles universelles pour l'octroi des pensions ; il libérera le budget des retraites des prestations non spécifiques ; enfin, il développera des contributions financières spécifiques pour l'assurance-retraite.

A compter du 1^{er} janvier 2010, la pension minimale pour les personnes inaptes au travail est de 630,4 UAH.»

370. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

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

CSR 30 ITALIE

Le Comité conclut que la situation de l'Italie n'est pas conforme à l'article 30 de la Charte révisée au motif qu'il n'est pas établi qu'il existe une approche globale et coordonnée relative à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

371. La représentante de l'Italie a fourni par écrit les informations suivantes :

« En ce qui concerne la conclusion tirée par le Comité européen des droits sociaux sur *l'absence d'une approche globale et coordonnée pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, il convient d'indiquer ce qui suit étant donné ce qui a déjà été exposé dans les précédents rapports émis par le gouvernement italien.

La poursuite des objectifs du Rapport stratégique national 2006-2008, dont certaines initiatives ont été abordées dans le dernier rapport (qui remonte à 2008), a principalement eu lieu grâce au renforcement des activités de négociation et conventionnelles entre le gouvernement à savoir l'État, les régions ainsi

que les organismes locaux. Lors de la période de trois ans à l'étude, ces entités ont permis d'aboutir à une série d'« accords » visant à fixer, à l'aide d'une logique ciblée sur la méthode ouverte de coordination, des objectifs communs, des lignes de conduites homogènes et des mécanismes de vérification et de contrôle sur les actions et les interventions concernant les politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale bien qu'elles relèvent exclusivement de la compétence des régions et des organismes locaux.

Parmi les principales mesures adoptées et sur le point d'être appliquées dans ce domaine, nous citons les suivantes en plus de celles qui ont déjà été mentionnées précédemment :

a) Services pour la petite enfance :

Le développement des services de soins, des services socio-éducatifs pour la petite enfance (de 0 à 2 ans) a fait l'objet d'une attention toute particulière comme le prévoit le Plan d'action national 2006-2008. La loi de finances de 2007 a marqué le lancement d'un projet organisé et à long terme. Ce projet se caractérise par 340 millions d'euros de financement dont 250 millions seront répartis entre toutes les régions et 90 millions seront utilisés afin d'harmoniser la situation dans les 11 régions qui présentent un taux de couverture inférieur à la moyenne nationale. Il s'agit des régions méridionales auxquelles viennent s'ajouter la Vénétie, le Frioul-Vénétie-Julienne et le Latium. Les régions du centre et du nord participent au plan à travers un cofinancement de 30 %, soit environ 53 millions d'euros supplémentaires. Les fonds mis à disposition permettent d'élever le taux de couverture de la demande de services socio-éducatifs pour la petite enfance à un niveau équivalent à 13 % pour la moyenne nationale et dans une mesure supérieure ou égale à 6 % dans chaque région en créant ainsi plus de 50 000 places au sein du système intégré de services socio-éducatifs pour la petite enfance, en plus des 188 mille places qui existent déjà.

b) Sections spéciales pour la petite enfance (sezioni primavera) :

Conformément aux prévisions de la loi de Finances 2007, le gouvernement a défini les termes d'un accord avec les régions et les organismes locaux. Suite à cet accord, 1362 sections spéciales pour la petite enfance ainsi qu'un service éducatif expérimental intégré de l'offre des crèches (de 0 à 3 ans) et de l'école maternelle (de 3 à 5 ans) disponible pour les enfants de deux à trois ans, ont fait l'objet d'un financement pour les années scolaires 2007-2008 et 2008-2009. De plus, ce secteur bénéficie d'une subvention de l'État de 35 millions d'euros par an.

c) Plan pour les familles :

Suite à un accord conclu entre le Ministère de la Famille et de l'enfance et la Conférence Unifiée (qui se compose de la Conférence État- Régions et de la Conférence entre État-Villes et Localités autonomes) en septembre 2007, on a décidé de programmer et d'expérimenter des interventions et des activités dans le cadre du plan pour les familles. Ces dernières visent à :

- *supprimer les tarifs des services pour les familles dont le nombre d'enfants est supérieur ou égal à 4, réduire les charges inhérentes aux services de distribution de l'énergie électrique, de tri des déchets urbains solides en plus des initiatives visant à réduire les frais pris en charge par les familles pour bénéficier d'autres biens ou services au sein du siège local ou encore y accéder ;*
- *améliorer la fonction d'assistance sociale du réseau de centres de soins familiaux (branche de l'ASL) avec une attention toute particulière pour les thématiques telles que le bien-être social, relationnel et psychologique des familles en assurant la pluridisciplinarité des interventions (problèmes d'ordre éducatif, juridique et promotion de la santé) grâce à la médiation familiale afin de soutenir le couple, les parents et de favoriser l'éducation des enfants.*

Le projet assure la promotion des centres d'écoute pour les familles, notamment pour celles dont certains membres sont des sujets à risque. En outre, le projet identifie d'autres formes d'assistance afin de faciliter l'intégration sociale des immigrés et d'améliorer l'accompagnement des familles qui accueillent des enfants mineurs sous tutelle ou les adoptent.

d) Personnes non-autonomes :

L'initiative qui a été promue pour les plus faibles s'est efforcée d'offrir la prospective d'un système de services socio- sanitaires intégrés à l'individu non-autonome (qu'il s'agisse d'une personne âgée ou handicapée). Ces prestations socio-sanitaires présentent des caractéristiques homogènes sur l'ensemble du territoire national en termes de qualité et de quantité. Afin de garantir l'égalité de tous les citoyens, un « Fonds destiné aux personnes non-autonomes » a été créé et distribué aux régions et aux provinces autonomes. Ce fonds sera consacré à la prise en charge des personnes non-autonomes à travers des plans d'assistance personnalisés et constituera le seul point d'accès au réseau de services qui s'accompagnera d'un renforcement de l'assistance à domicile. Le fonds a engagé un investissement initial de 100 millions d'euros en 2007 qui sont passés à 300 millions d'euros en 2008 pour atteindre 400 millions d'euros en 2009 ;

e) Mesures pour les personnes handicapées :

La méthode du « placement ciblé » a été étendue à l'ensemble du territoire national. Cette approche permet d'intégrer les personnes à mobilité réduite dans le monde du travail avec le même niveau de

productivité que les autres travailleurs. Suite au constat de l'efficacité du système d'intégration professionnelle appliqué dans le cadre du *protocole d'aide sociale*, le « Fonds national pour les aides économique et le soutien technique et de conseil » destiné aux employeurs qui embauchent des travailleurs handicapés (en simplifiant la procédure, à savoir les pièces à présenter et les listes d'embauche) a été augmenté en juillet 2007.

f) Précarité du logement : afin d'endiguer ce phénomène chez des catégories sociales spécifiques sujettes à des mesures exécutives en raison de la fin de leur contrat de location :

a. *locataires dont le revenu annuel brut est inférieur à 27 000 euros ;*

b. *qu'ils soient ou qu'ils aient des personnes de plus de 65 ans, des malades en phase terminale, des personnes handicapées avec une invalidité de 66 % au sein de leur famille ;*

c. *qui ne possèdent pas un autre logement adéquat.*

En 2007, des mesures accompagnées d'interventions urgentes ont été adoptées visant à élargir l'offre en matière de logements sociaux en location pour permettre à ces catégories de personnes de changer de logement. À cet effet, 550 millions d'euros ont été accordés pour un programme extraordinaire de construction de résidences publiques et utilisés pour le plan de logement en question. Par ailleurs, ces mesures ont aussi permis de bloquer les procédures d'expulsion des logements pendant 8 mois.

Les multiples initiatives évoquées soulignent donc le caractère varié et complexe des engagements pris. Cet aspect est dû aux caractéristiques d'organisation des sujets institutionnels préposés aux politiques d'aide sociale et plus particulièrement à l'intégration entre 2006 et 2008. Durant cette période, on a choisi d'attribuer les fonctions avec des articulations distinctes aussi bien pour des motifs politiques que de gestion administrative. Ce choix a impliqué la définition d'interventions variées d'une part et des difficultés considérables dans l'élaboration de politiques intégrées et extrêmement cohérentes d'autre part.

Au vu de cette évaluation, la nouvelle composition du gouvernement a regroupé sous une responsabilité unique en termes de politique et de gestion (Ministère du Travail et Ministère de la Famille et de l'enfance) les compétences nationales en matière d'aide sociale, en créant ainsi les conditions propices à une « coordination » majeure des interventions au niveau des compétences nationales mais aussi dans le but de promouvoir la même approche intégrée dans les autres sphères institutionnelles du territoire. »

372. Le Comité invite le Gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et décide d'attendre la prochaine appréciation du CEDS.

APPENDIX I / ANNEXE I
LIST OF PARTICIPANTS / LISTE DES PARTICIPANTS

- (1) 121st meeting, 3-6 May 2010 / 121^e réunion, 3-6 mai 2010
(2) 122nd meeting 11-14 October 2010 / 122^e réunion, 11-14 octobre 2010

STATES PARTIES / ETATS PARTIES

ALBANIA / ALBANIE

Mrs Albana SHTYLLA, Director of the Legal Department, Ministry of Labour, Social Affairs, and Equal Opportunities (1) (2)

ANDORRA / ANDORRE

Mme. Maria GELI, Directrice du Travail, Ministère de la Justice et de l'Intérieur (1)
Mme Magda MATA, Secrétaire d'Etat à l'Egalité et au Bien-être, Ministère de la Santé du Bien-être et du Travail (2)

ARMENIA / ARMENIE

Mrs. Anahit MARTIROSYAN, Head of Division of International Relations, Ministry of Labor and Social Affairs (1)
(*Apologised/Excusé*) (2)

AUSTRIA / AUTRICHE

Mrs Elisabeth FLORUS, Federal Ministry of Labour, Social Affairs and Consumer Protection (1) (2)

AZERBAIJAN / AZERBAÏDJAN

(*Apologised/Excusé*) (1)
Mr. Vugar SALMANOV, Senior Consultant of the International Cooperation Department, Ministry of Labour and Social Protection of Population (2)

BELGIUM / BELGIQUE

Mme Marie-Paule URBAIN, Conseillère, Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, Services du Président, Division des Etudes juridiques (1) (2)
Mme Murielle FABROT, Attachée, Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, Division des Etudes juridiques, de la documentation et du contentieux (1) (2)

BOSNIA AND HERZEGOVINA / BOSNIE-HERZEGOVINE

Ms Azra HADŽIBEGIĆ, Expert Adviser for Human Rights, Ministry for Human Rights and Refugees (1) (2)

BULGARIA / BULGARIE

Mme Yuliya ILCHEVA, Conseillère, Direction des Affaires européennes et coopération internationale, Ministère du travail et de la politique sociale (1) (2)

CROATIA / CROATIE

Mrs Gordana DRAGIČEVIĆ, Head of Department for European Integration and International Cooperation, Ministry of Economy, Labour and Entrepreneurship (1) (2)

CYPRUS / CHYPRE

Mrs Eleni PAROUTI, Chief Administrative Officer, Ministry of Labour and Social Insurance (1) (2)

CZECH REPUBLIC / REPUBLIQUE TCHEQUE

Ms Kateřina MACHOVÁ, Legal Official; Department for EU and International Cooperation, Ministry of Labour and Social Affairs (1) (2)

DENMARK / DANEMARK

Mr Kim TAASBY, Special Adviser, Danish Ministry of Employment (1) (2)
Mr Leo TORP, Head of Section, The national Directorate of Labour (1)
Ms Lis WITSO-LUND, Head of Section, Ministry of Employment (1)

ESTONIA / ESTONIE

Mrs Merle MALVET, Head of Social Security Department, Ministry of Social Affairs (1) (2)

Ms Seili SUDER, Chief Specialist of Working Life Development Department (1)

Ms Eha LANNES, Advisor to the Social Welfare Department, Ministry of Social Affairs (2)

FINLAND / FINLANDE

Mrs Riitta-Maija JOUTTIMÄKI, Ministerial Councillor, Ministry of Social Affairs and Health (1)

Mrs Liisa SAASTAMOINEN, Senior Officer Legal Affairs, Ministry of Employment and the Economy (1) (2)

FRANCE

Mme Jacqueline MARECHAL, Chargée de mission, Délégation aux affaires européennes et internationales, Ministère de la Santé et des Solidarités (1) (2)

GEORGIA / GEORGIE

Mr George KAKACHIA, Head of Social Protection Programmes Division, Social Protection Department, Ministry of Labour, Health and Social Affairs (1)

(Apologised/Excusé) (2)

GERMANY / ALLEMAGNE

Mr Udo PRETSCHKER, Federal Ministry of Labour and Social Affairs (1)

Mr Jürgen THOMAS, Deputy Head of Division VI b 4, "OECD, OSCE", Council of Europe, ESF-Certifying Authority, Federal Ministry of Labour and Social Affairs (2)

GREECE / GRECE

Ms Maria SPANOU, Official, Department of International Relations, Ministry of Labour and Social Security (1)

Ms Evangelia ZERVA, Government Official, Ministry of Employment and Social Protection, International Relations Directorate (1) (2)

HUNGARY / HONGRIE

Dr. Ildikó BODGAL, Chief Councillor, Ministry of Social Affairs and Labour, Department for European Union and International Affairs (1)

(Apologised/Excusé) (2)

ICELAND / ISLANDE

(Apologised/Excusé) (1)

Mrs Hanna Sigríður GUNNSTEINSDÓTTIR, Head of Department, Department of Equality and Labour, Ministry of Social Affairs and Social Security (2)

IRELAND / IRLANDE

Mr John Brendan McDONNELL, International Officer, International Desk, Employment Rights' Legislation Section, Department of Enterprise, Trade and Innovation (1) (2)

ITALY / ITALIE

Ms Carmen FERRAILOLO, Ministry of Labour, Health and Social Policies, Directorate General Working Conditions (1) (2)

LATVIA / LETTONIE

Ms Liene RAMANE, Insurance Department, Benefits Policy Unit, Ministry of Welfare Social (1)

Mrs Velga LAZDINA-ZAKA, Ministry of Welfare, Social Insurance Department, Benefits Policy Division (2)

LITHUANIA / LITUANIE

Ms Kristina VYSNIAUSKAITE-RADINSKIENE, Chief Specialist of International Law Division, Ministry of Social Security and Labour (1) (2)

LUXEMBOURG

M. Joseph FABER, Conseiller de direction première classe, Ministère du Travail et de l'Emploi (1) (2)

MALTA / MALTE

Mr Franck MICALLEF, Director (Benefits), Social Security Division (1) (2)

MOLDOVA

Mme Lilia CURAJOS, Chef de la Section des relations internationales et communication, Ministère de la Protection sociale, de la Famille et de l'Enfant (1) (2)

MONTENEGRO

Ms Vjera SOC, Senior Adviser for International Cooperation, Ministry of Health, Labour and Social Welfare (1) (2)

NETHERLANDS / PAYS-BAS

Mr Onno P. BRINKMAN, Policy Advisor, Ministry of Social Affairs and Employment (1) (2)

Mr Kees TERWAN, Ministry of Social Affairs and Employment, International Affairs Directorate (2)

NORWAY / NORVEGE

Ms Mona SANDERSEN, Senior Adviser, Ministry of Labour and Social Inclusion, Working Environment and Safety Department (1) (2)

POLAND / POLOGNE

Mme Joanna MACIEJEWSKA, Conseillère du Ministre, Département des Analyses Economiques et Prévisions, Ministère du Travail et de la Politique Sociale (1)

M. Jerzy CIECHANSKI, Ministère du Travail et de la Politique Sociale (2)

PORTUGAL

Ms Maria Alexandra PIMENTA (**Chair/Présidente**), **Directora do Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P./MTSS** (1) (2)

ROMANIA / ROUMANIE

Ms Cristina ZORLIN, Deputy Director, Directorate for External Relations and International Organisations, Ministry of Labour, Family and Social Protection (1)

Ms Roxana ILIESCU, Main Expert, Directorate for External Relations and International Organizations, Ministry of Labour, Family and Social Protection (2)

RUSSIAN FEDERATION / FEDERATION DE RUSSIE

Mme Elena VOKACH-BOLDYREVA, Conseillère, Département de la coopération internationale et des relations publiques, Ministère de la Santé et du Développement social (1) (2)

Mme Nadejda SAVOLAYNEN, Directrice du Département de Finance, Ministère de la Santé et du Développement social (2)

SERBIA / SERBIE

Ms Dragana RADOVANOVIC, Senior Adviser, Sector for International Cooperation and European Integration; Ministry of Labor and Social Policy (1) (2)

SLOVAK REPUBLIC / REPUBLIQUE SLOVAQUE

Mr Lukáš BERINEC, Director, Department of EU Affairs and International Cooperation, Ministry of Labour, Social Affairs and Family (1) (2)

Mr Juraj DŽUPA, Department of EU Affairs and International Cooperation, Ministry of Labour, Social Affairs and Family (1)

SLOVENIA / SLOVENIE

Mr Peter POGACAR, Director General - Directorate for Labour Relations and Labour Rights, Ministry of Labour, Family and Social Affairs (1)

Ms Janja GODINA, Senior Adviser, International Cooperation and European Affairs Service (1)

Ms. Katja RIHAR-BAJUK, International Cooperation and European Affairs Service, Ministry of Labour, Family and Social Affairs (2)

SPAIN / ESPAGNE

Ms. Adelaida BOSCH, Conseillère technique des Relations Sociales et Internationales, Ministère de Travail et d'Immigration (1) (2)

SWEDEN / SUEDE

Ms Lina FELTWALL, Deputy Director/Kansliråd, Ministry of Employment/Arbetsmarknadsdepartementet International Division/Internationella enheten (1)

Ms Anna-Lena HULTGARD SANCINI, Director, Kansliråd, Ministry of Employment/Arbetsmarknadsdepartementet, International Division/Internationella enheten (1)
(Apologised/Excusé) (2)

"the former Yugoslav Republic of Macedonia" /

« l'ex-République yougoslave de Macédoine »"

Mr Darko DOCINSKI, Head, Unit for EU Integration and Accession Negotiations, Department for European Integration, Ministry of Labour and Social Policy (1) (2)

TURKEY / TURQUIE

Mr. Halidun ERCAN, Expert, Ministry of Labour and Social Security (1) (2)

UKRAINE

Mrs Natalia POPOVA, Deputy Head of the International Relations Department, Ministry of Labour and Social Policy (1) (2)

UNITED KINGDOM / ROYAUME-UNI

Mr Stephen RICHARDS, Head of ILO, UN and CoE Team, Joint International Unit, Dept for Work and Pensions (1)

Mr Francis ROODT, Policy Adviser, ILO, UN and CoE (Employment)Team, Joint International Unit for Education, Employment and Social Affairs (1)

– (2)

SOCIAL PARTNERS / PARTENAIRES SOCIAUX

**EUROPEAN TRADE UNION CONFEDERATION /
CONFEDERATION EUROPEENNE DES SYNDICATS**

Mr Stefan CLAUWAERT, ETUC Advisor, ETUI Senior researcher, European Trade Union Institute (ETUI) (1) (2)

M. Henri LOURDELLE, Conseiller, Confédération Européenne des Syndicats (1) (2)

BUSINESSEUROPE

**(former UNION OF INDUSTRIAL AND EMPLOYERS' CONFEDERATIONS OF EUROPE /
ex- UNION DES CONFEDERATIONS DE L'INDUSTRIE ET DES EMPLOYEURS D'EUROPE)**

–

**INTERNATIONAL ORGANISATION OF EMPLOYERS /
ORGANISATION INTERNATIONALE DES EMPLOYEURS**

Ms. Maud MEGEVAND Legal adviser, International Organisation of Employers (1) (2)

SIGNATORIES STATES / ETATS SIGNATAIRES

LIECHTENSTEIN

(Apologised/Excusé) (1) (2)

MONACO

M. Stéphane PALMARI, Secrétaire, Département des Affaires Sociales et de la Santé, Ministère d'Etat (1) (2)

SAN MARINO / SAINT-MARIN

–

SWITZERLAND / SUISSE

(Apologised/Excusé) (1) (2)

INGO's DELEGATION / DELEGATION DES OING

M. Gabriel NISSIM, Président de la Commission Droits de l'Homme de la Conférence des OING du Conseil de l'Europe (1)

Mme Marie-José SCHMITT, Vice-Présidente de l'Action européenne des handicapés, Membre de la Commission «Droits de l'Homme » de la Conférence des OING du Conseil de l'Europe (1)

COUNCIL OF EUROPE DEVELOPMENT BANK / BANQUE DE DEVELOPPEMENT DU CONSEIL DE L'EUROPE

Mr. György BERGOU, Deputy Head of the Secretariat, Executive Secretary of the Partial Agreement on the Development Bank of the Council of Europe (2)

Annexe II
Tableau des signatures et ratifications – Situation au 3 mars 2010

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	29/10/69	
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	
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	06/06/84	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	31/01/02	
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	31/03/05	
Turquie	06/10/04	27/06/07	
Ukraine	07/05/99	21/12/06	
Royaume-Uni *	07/11/97	11/07/62	
Nombre d'Etats	47	2 + 45 = 47	13 + 30 = 43
			14

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.

Annexe III

Liste des Conclusions de non-conformité

A. Conclusions de non-conformité pour la première fois

ALBANIE	CSR 3§1, 3§2, 3§3, 11§1, 11§2
ANDORRE	CSR 13§1
ARMENIE	CSR 13§1
AZERBAÏDJAN	CSR 11§1, 11§3
BELGIQUE	CSR 11§3, 14§1, 14§2
BULGARIE	CSR 3§3, 11§1, 11§3, 13§1
CHYPRE	CSR 11§3, 12§1
FINLANDE	CSR 23
FRANCE	CSR 12§1
GEORGIE	CSR 11§1, 11§2, 11§3, 12§1, 14§1, 14§2
IRLANDE	CSR 11§3
ITALIE	CSR 3§1, 3§3, 11§1, 12§1, 12§3, 13§1, 13§4, 23, 30
LITUANIE	CSR 11§1, 12§4
MALTE	CSR 3§3, 11§1, 11§2, 13§1, 13§3
MOLDOVA	CSR 3§2, 3§3, 11§3, 12§1, 12§2, 12§3, 13§2, 13§3
PAYS-BAS (Royaume en Europe)	CSR 13§4
NORVEGE	CSR 13§1
PORTUGAL	CSR 12§1, 23
ROUMANIE	CSR 3§1, 3§3, 11§1, 11§2, 12§2, 13§1
SLOVENIE	CSR 3§4, 12§1, 23

SUEDE	CSR 12§1, 23
TURQUIE	CSR 11§2
UKRAINE	CSR 23

B. Conclusions renouvelées de non-conformité

BELGIQUE	CSR 12§4, 13§1
BULGARIE	CSR 12§1, 13§1
CHYPRE	CSR 3§2, 12§4
ESTONIE	CSR 12§1, 12§4, 13§1
FINLANDE	CSR 12§1, 12§4
FRANCE	CSR 3§2, 12§4, 13§1
IRLANDE	CSR 11§3, 12§1, 12§4
LITUANIE	CSR 12§1, 12§4, 13§1
MALTE	CSR 12§1, 13§3
MOLDOVA	CSR 11§1, 12§4, 13§1
PAYS-BAS (Royaume en Europe)	CSR 12§4
NORVEGE	CSR 12§4
PORTUGAL	CSR 3§3, 12§1, 13§1
ROUMANIE	CSR 3§2, 11§1, 12§1, 12§4
SLOVENIE	CSR 3§3, 12§4
TURQUIE	CSR 11§1, 11§2, 13§1, 14§1

Annexe IV

Liste des Conclusions ajournées

C. Conclusions ajournées pour manque d'information pour la deuxième fois

ALBANIE	CSR 3§4
ARMENIE	CSR 3§1
BELGIQUE	CSR 3§1
CHYPRE	CSR 11§1
IRLANDE	CSR 3§4, 14§1, 14§2
MALTE	CSR 14§1
NORVEGE	CSR 14§2
ALBANIE	CSR 3§4
ARMENIE	CSR 3§1
BELGIQUE	CSR 3§1
CHYPRE	CSR 11§1
IRLANDE	CSR 3§4, 14§1, 14§2
MALTE	CSR 14§1
NORVEGE	CSR 14§2

D. Conclusions ajournées en raison de questions nouvelles ou complémentaires

ALBANIE	CSR 11§3
ANDORRE	CSR 3§1, 3§2, 3§3, 3§4, 11§1, 11§3, 12§1, 12§2, 12§3, 12§4, 13§4, 23
ARMENIE	CSR 12§1, 12§3, 13§2
AZERBAÏDJAN	CSR 11§2, 14§1
BELGIQUE	CSR 11§2, 11§3, 12§1
ESTONIE	CSR 11§2
FINLANDE	CSR 12§2, 13§2
FRANCE	CSR 3§3, 23
GEORGIE	CSR 11§3
ITALIE	CSR 12§4
LITUANIE	CSR 3§2, 3§3, 11§2

MALTE	CSR 3§1, 3§2, 3§4, 12§4, 13§4
MOLDOVA	CSR 3§1
PAYS-BAS (Royaume en Europe)	CSR 3§4, 12§1, 12§3, 23
NORVEGE	CSR 12§1
PORTUGAL	CSR 3§1, 3§4, 11§2, 11§3, 13§2, 13§4
ROUMANIE	CSR 11§3, 13§3
SLOVENIE	CSR 3§1, 3§2, 11§3
SUEDE	CSR 12§3, 13§3, 14§1

Annexe V
Avertissement(s) et Recommandation(s)

Avertissement(s)¹

Article 13, paragraphe 1

– France

(L'octroi du revenu minimum d'insertion aux étrangers non communautaires possédant un titre de séjour temporaire est subordonné à l'accomplissement d'une période de résidence de cinq ans sur le territoire français.)

Non-soumission de rapport(s)

– Irlande

(4e avertissement pour non-soumission du rapport pour les Conclusions 2010)

Recommandation(s)

–

Recommandation(s) renouvelée(s)

–

¹ Lorsqu'un avertissement suit un constat de non-conformité (« conclusion négative »), ceci constitue une indication pour l'Etat concerné qu'il doit prendre les mesures lui permettant de satisfaire à ses obligations découlant de la Charte et que, dans le cas contraire, une recommandation pourrait être proposée lors de la prochaine partie du cycle au cours de laquelle cette disposition sera examinée.