



19/10/2016

RAP/Cha/ESP/29(2017)

CHARTE SOCIALE EUROPEENNE

29e rapport sur la mise en œuvre de la
Charte sociale européenne

soumis par

LE GOVERNMENT DE L'ESPAGNE

- Articles 3, 11, 12, 13, 14 et article 4 du Protocole additionnel pour la période 01/01/2012 – 31/12/2015)
- Informations complémentaires sur les articles 7§5, 16, 19§1, 19§3 et 19§6 (Conclusions XX-4 (2015))

Rapport enregistré par le Secrétariat le
19 octobre 2016

CYCLE XXI-2 (2017)

CHARTRE SOCIALE EUROPÉENNE

29^{ème} RAPPORT DE L'ESPAGNE CONCERNANT L'APPLICATION DES DISPOSITIONS SUIVANTES:

- **GROUPE THÉMATIQUE SUR SANTÉ, SÉCURITÉ SOCIALE ET PROTECTION SOCIALE (Articles 3, 11, 12, 13 et 14 de la Charte et article 4 du Protocole Additionnel. (Période du 1^{er} janvier jusqu'à 31 décembre 2015)**
- **INFORMATION ADDITIONNELLE REQUISE DANS LES CONCLUSIONS XX-2 (2013) DU CEDS**
- **RAPPORT SUR LES CONCLUSIONS DE NON CONFORMITÉ XX-4 (2015). (Articles 7.5, 16, 19.1, 19.3, 19.6 et 19.10)**

Rapport du Gouvernement de l'ESPAGNE en application de l'article 21 de la Charte Sociale Européenne sur les mesures prises pour réaliser les prévisions de la Charte, ratifiée par l'Espagne le 6 mai 1980.

Conformément à l'article 23 de la Charte Sociale Européenne on a envoyé des copies de ce Rapport aux organisations Syndicales et Patronales les plus représentatives.

On présente le 28^{ème} Rapport de l'Espagne conformément au nouveau système adopté par le Conseil des Ministres du 2 avril 2014.

Pour l'élaboration de ce Rapport on a pris en considération, outre les changements qui ont eu lieu depuis le dernier rapport, les Conclusions XIX-2 (2013), et les Conclusions XX-4 (2015) du Comité Européen des Droits Sociaux (CEDS). La période de référence qui couvre ce rapport comprend du 1^{er} janvier 2012 jusqu'à 31 décembre 2015 pour chacun des articles mentionnés.

En ce qui concerne les Conclusions XIX-2 (2013), on informe sur ce qui suit :

Dans le document "Introduction Générale aux Conclusions XX-2 (2013)" du CEDS on comprend une Observation interprétative (point 11) concernant les "*Droits des apatrides en ce qui concerne la Charte Sociale Européenne*".

Premièrement, il faut rappeler que, compte tenu de ce qui est recueilli dans l'Annexe de la Charte Sociale Européenne (points 1 et 2), où l'on aborde le domaine d'application de celle-ci, on rapporte, comme des personnes protégées, celles qui suivent :

1. *Les étrangers qui, en étant ressortissants d'autres parties contractantes, résident légalement ou travaillent régulièrement sur le territoire de la partie contractante intéressée, tout en entendant que les articles précités seront interprétés à la lumière des dispositions comprises dans les articles 18 et 19.*
2. *Les réfugiés qui répondent à la définition de la Convention de Genève du 28 juillet 1951, concernant le Statut des Réfugiés, et qui résident régulièrement sur leur territoire.*

Par conséquent, **la Charte Sociale Européenne ne s'applique pas aux apatrides.**

On n'arrive pas de la même façon avec la Charte Sociale révisée, laquelle s'applique (Annexe de la Charte révisée, points 1-3), entre d'autres, aux "*Apatrides, tels qu'il sont définis dans la Convention sur le Statut des Apatrides, faite à New York le 28 septembre 1954 et qui se trouvent légalement sur le territoire de la Partie Contractante*".

Il faut rappeler que **l'Espagne N'A PAS ratifié la Charte Sociale Européenne Révisée, c'est pourquoi elle n'est obligée que pour les dispositions de la Charte Sociale Européenne.**

Deuxièmement, il convient de signaler qu'au dernier paragraphe, CEDS encourage les États qui ne l'auraient pas encore fait, à ratifier la Convention des Nations Unies relative au statut des apatrides, faite à New York le 28 septembre 1954 (l'instrument d'adhésion de l'Espagne à la Convention a été publié au Journal officiel espagnol du 4 juillet 1997) et la Convention des Nations Unies sur la réduction des cas d'apatridie, faite à New York le 30 août 1961, à laquelle l'Espagne n'est pas partie. Les États membres sont également encouragés à ratifier la Convention européenne de 1997 sur la nationalité et la Convention de 2006 sur la prévention des cas d'apatridie en relation avec la succession d'États. L'Espagne n'a signé ni ratifié aucune de ces deux

conventions. Le secrétariat général à l'Immigration et à l'Émigration n'a pas de commentaires à formuler à cet égard.

Par ailleurs, le contenu matériel de ce point 11 fait référence à la protection des apatrides, qui devrait aller au-delà de la sécurité sociale et de l'assistance sociale et médicale, et aux autres droits sociaux visés dans la Convention de 1954. Indépendamment du fait que l'Espagne n'ait pas ratifié la Charte sociale européenne révisée, la législation espagnole reconnaît en effet aux apatrides les droits évoqués au point 11. Les personnes s'étant vu reconnaître le statut d'apatride obtiennent un permis de séjour de longue durée et peuvent résider et travailler en Espagne dans les mêmes conditions que les ressortissants espagnols.

Enfin, il convient de mentionner qu'à l'avant-dernier paragraphe du point 11 des conclusions il y a une divergence entre le texte en anglais (« must ») et le texte en français (« devraient ») lorsqu'il est fait allusion à l'égalité de traitement entre les apatrides en droit et les apatrides de fait qui, par exemple, sont dans l'impossibilité d'obtenir la preuve de leur nationalité ou ont renoncé pour des motifs valables à la protection de l'État dont ils sont ressortissants.

À cet égard, rappelons la teneur de l'acte final de la conférence sur la Convention relative au statut des apatrides : « [la Conférence recommande que] lorsqu'ils reconnaissent comme valables les raisons pour lesquelles une personne a renoncé à la protection de l'État dont elle est le ressortissant, les États contractants envisagent favorablement la possibilité d'accorder à cette personne le traitement que la Convention accorde aux apatrides ». En d'autres termes, l'État membre doit examiner les motifs avancés par l'intéressé et, à partir de ce moment-là, il est recommandé d'envisager la possibilité d'accorder un traitement égal à celui dispensé à un apatride en droit.

Il conviendrait peut-être de maintenir la recommandation telle qu'elle figure dans l'acte final de la conférence sur la Convention de 1954, tout en soulignant éventuellement la nécessité d'en tenir compte, et d'éviter d'aller au-delà de la recommandation en élargissant son contenu et en créant de nouvelles obligations pour les États parties à la Convention.

Ci-après on fournit l'information demandée sur :

I. ARTICLES 3, 11, 12, 13 et 14 DE LA CHARTE ET ARTICLE 4 DU PROTOCOLE ADDITIONNEL

Article 3. Droit à la sécurité et hygiène au travail.

PARAGRAPHE 1 : À PROMULGUER RÈGLEMENTS DE SÉCURITÉ ET HYGIÈNE

Depuis l'adoption de la Loi 31/1995, du 8 novembre, de Prévention de Risques Professionnels (désormais, LPRL) on a adopté un grand nombre de dispositions de caractère général ainsi que des règlements spécifiques en matière de sécurité et de santé au travail qui ont venu à développer et modifier à la LPRL. En particulier pour la **période avril 2012 – décembre 2015**, on a adopté la suivante réglementation de caractère général :

- DÉCRET ROYAL 882/2012, du 1^{er} juin, en vertu duquel l'on modifie le Décret Royal 1879/1996, du 2 août, par lequel on règle la composition de la Commission Nationale de Sécurité et de Santé au Travail, pour son adaptation à la nouvelle structure des départements ministériels de l'Administration Générale de l'État.

Moyennant ce décret royal l'on adapte la composition de la Commission Nationale de Sécurité et de Santé au Travail à la nouvelle structure des départements ministériels de l'Administration Générale de l'État.

- LOI 3/2012, du 6 juillet, de mesures urgentes pour la réforme du marché du travail.

L'article 13 de cette Loi, définit le "travail à distance" comme celui-là où la prestation de l'activité du travail soit effectuée d'une façon prépondérante dans le domicile du travailleur ou dans le lieu librement choisi par celui-ci, d'une façon alternative à son développement avec présence physique dans le centre de travail de l'entreprise.

Dans le 4^{ème} paragraphe de cet article 13, on reconnaît que les travailleurs à distance ont droit à une protection appropriée en matière de sécurité et de santé tout en résultant d'application, en tout cas, ce qui est établi dans la Loi 31/1995, du 8 novembre, de Prévention de Risques Professionnels, et sa réglementation de développement.

- LOI 13/2012, du 26 décembre, de lutte contre l'emploi irrégulier et la fraude à la Sécurité Sociale.

L'article 4 de cette loi, modifie le texte refondu de la Loi d'Infractions et Sanctions dans l'Ordre Social, adopté par le Décret-loi Royal 5/2000, du 4 août, pour comprendre, comme des cas objets de sanction, les infractions concernant les entreprises bénéficiaires de réductions dans les cotisations professionnelles qui soient distinguées pour leur contribution à la réduction du taux d'accidents du travail et la réalisation d'actions efficaces en prévention de risques professionnels, tel qu'on dispose dans le Décret Royal 404/2010, du 31 mars, en vertu duquel l'on règle l'établissement d'un système de réduction des cotisations pour éventualités professionnelles aux entreprises qui auraient contribué notamment à la réduction ou diminution et prévention du taux d'accidents de travail.

- LOI 14/2013, du 27 septembre, d'appui aux personnes entreprenantes et leur internationalisation.

L'article 39 de cette loi, modifie la Loi 31/1995, du 8 novembre, de Prévention de Risques Professionnels (LPRL), aux termes suivants:

- Premier. On modifie l'article 30.5 de la LPRL, qui reste rédigé de la suivante façon :

"5. Dans les entreprises de jusqu'à dix travailleurs, l'employeur pourra assumer personnellement les fonctions indiquées dans le paragraphe 1, à la condition qu'il développe d'une façon habituelle son activité dans le

centre de travail et il aurait la capacité nécessaire, en fonction des risques auxquels soient exposés les travailleurs et la dangerosité des activités, avec la portée qu'il soit déterminée dans les dispositions concernant l'article 6.1.e) de cette Loi. Cette même possibilité est reconnue à l'employeur qui, en remplissant ces conditions, occupe jusqu'à 25 travailleurs, du moment que l'entreprise dispose d'un seul centre de travail."

- Deux. On ajoute une Disposition additionnelle dix-septième à la LPRL, avec la suivante rédaction :

"Disposition aditionnelle dix-septième. Assistance technique aux entreprises de jusqu'à vingt-cinq travailleurs.

En application du paragraphe 5 de l'article 5 et des articles 7 et 8 de cette Loi, le Ministère de l'Emploi et de la Sécurité Sociale et l'Institut National de la Sécurité Sociale et d'Hygiène au Travail, en collaboration avec les Communautés Autonomes et les partenaires sociaux, prêteront une assistance technique spécifique en matière de sécurité et de santé au travail aux entreprises de jusqu'à vingt-cinq travailleurs.

Cette action consistera à l'élaboration et mise en marche d'un système consacré à faciliter à l'employeur l'assistance nécessaire pour l'organisation de ses activités de prévention, tout en stimulant l'application efficace des obligations préventives d'une façon simplifiée."

- Décret Royal 1084/2014, du 19 décembre, en vertu duquel l'on modifie le Décret Royal 67/2010, du 29 janvier, d'adaptation de la législation de Prévention de Risques Professionnels à l'Administration Générale de l'État.

Ce décret royal introduit des modification dans une sorte de paragraphes du décret royal 67/2010, entre lesquels il faut mentionner les mesures qui sont posées pour optimiser les ressources disponibles en matière de surveillance de la santé; le renforcement de la coordination générale de la prévention de risques professionnels dans l'Administration Générale de l'État pour la part de la Direction Générale de la Fonction Publique; l'amélioration de l'intégration de l'activité préventive, à travers l'exigence d'un suivi spécifique de l'application des Plans de Prévention pour part de l'autorité plus grande des Départements et Organismes; l'engagement de mettre en marche un Plan intégral de Formation, en matière de prévention, qui comprenne toutes les teneurs de caractère transversal dans cette matière, dans le but d'améliorer la qualité et la répercussion de l'action de formation; ou, enfin, une amélioration dans la participation des travailleurs, à travers un éclaircissement dans les mécanismes de consultation, participation et négociation dans cette matière.

On renforce aussi l'utilisation des audits internes, comme un instrument indispensable dans le processus de la gestion préventive, on encourage l'utilisation d'une méthodologie commune de référence et on précise l'appui et l'assistance externe nécessaire, à la charge de l'Institut National de Sécurité et d'Hygiène au Travail, pour réaliser l'amélioration continue qui soutient la Loi de Prévention de Risques Professionnels.

- Stratégie Sécurité et Santé au Travail 2015-2020

Moyennant Accord du Conseil des Ministres du 24 avril 2015, on a adopté la Stratégie Espagnole de Sécurité et de Santé au Travail 2015-2020, adopté d'un commun accord préalablement par l'Administration Générale de l'État, les Communautés Autonomes et les Partenaires Sociaux. Cette Stratégie est le cadre de référence des politiques publiques en matière de sécurité et de santé au travail jusqu'à 2020 et, par conséquent, orientera les actions des institutions compétentes et avec responsabilité en matière de prévention de risques professionnels des années prochaines.

La Stratégie maintient comme objectif la réduction significative des accidents de travail, les maladies professionnelles et les dommages liés au travail. La vision de cette nouvelle stratégie essaie de refléter la contribution positive de l'investissement en sécurité et santé au travail pour atteindre une économie européenne compétitive, avec d'entreprises sûres et saines.

Les objectifs généraux indiqués dans la Stratégie sont les suivants :

- Améliorer l'efficacité des institutions consacrées à la prévention de risques professionnels.
- Renforcer la puissance des actions des Administrations Publiques en matière d'analyse, recherche, promotion, appui, assistance technique, surveillance et contrôle de la prévention de risques professionnels.
- Renforcer la participation des partenaires sociaux et l'implication des employeurs et des travailleurs dans l'amélioration de la sécurité et de la santé au travail.

Pour la réalisation de ces objectifs la Stratégie est structurée en trois plans d'action qui comprennent la période totale de la Stratégie, en disposant pour cela avec la collaboration des Administrations Publiques et les Partenaires Sociaux, et en respectant en tout cas le système des compétences de notre pays.

À cette fin, la période de validité des ces Plans d'Action sera la suivante: le premier d'eux, ira depuis le moment de l'adoption de la Stratégie jusqu'au 31 décembre 2016. Le deuxième, du 1^{er} janvier 2017 jusqu'au 31 décembre 2018. Et, enfin, le troisième commencera sa validité le 1^{er} janvier 2019 et prendra fin avec la même Stratégie, le 31 décembre 2020.

- DÉCRET ROYAL 899/2015, du 9 octobre, en vertu duquel l'on modifie le Décret Royal 39/1997, du 17 janvier, par lequel l'on adopte le Règlement des Services de Prévention.

L'objet de ce décret royal est celui d'éclaircir les conditions et les exigences pour l'activité des services de prévention, ainsi que la validité des autorisations sur tout le territoire national, de sorte qu'on applique le "principe d'efficacité dans tout le territoire national", établi dans la Loi 20/2013, du 9 décembre, de garantie de l'unité de marché (article 20) et dans la Loi 31/1995, du 8

novembre, de Prévention de Risques Professionnels (article 31.5). Ce décret royal modifie le Décret Royal 39/1997, du 17 janvier, avec les objectifs suivants:

- Éclaircir qu'il y a une seule accréditation dans les quatre disciplines. L'accréditation est octroyée une seule fois et tous les services de prévention étrangers doivent avoir les quatre spécialités, sans qu'on puisse octroyer une accréditation partielle ou pour spécialités. De sorte que lorsqu'un service de prévention étranger soit justifié pour la part de toute autorité du travail des communautés autonomes, tout en prenant en considération qu'actuellement doit obtenir d'une façon simultanée les quatre spécialités, ne devra pas repasser un processus d'accréditation dans aucun autre lieu du territoire national, sans préjudice d'obtenir les autorisations sanitaires pertinentes lorsqu'il s'agit de l'ouverture de centres sanitaires.
- Préciser que les ressources qui doit avoir le service de prévention étranger sont liées à son activité concertée et considérée celle-ci d'une façon globale sur tout le territoire national.
- Simplifier les conditions pour pouvoir s'accréditer comme service de prévention étranger et la procédure elle-même d'accréditation.
- Garantir que toutes les autorités du travail connaîtrons les changements qui ont eu lieu dans les données des services de prévention étrangers et non seulement l'autorité qui a accrédité.
- Encourager l'accélération du processus d'échange des données entre administrations publiques à travers l'application informatique SERPA, de sorte que sa utilisation et prise comme registre détermine l'accomplissement des obligations de communication établies dans la réglementation, sans préjudice des actions qui puissent effectuer les autorités du travail pour vérifier la véracité des données communiquées.
- Supprimer la procédure administrative de révocation partielle, sur la base du principe d'unité de marché qui détermine que la quantification des travailleurs et ressources doit être envisagée d'une façon globale, sans que le domaine territorial –dans le sens de division géographique administrative- puisse être le critère décisif en cette matière. De sorte que la révocation de l'accréditation devra avoir lieu du moment que, effectivement, l'insuffisance de ressources soit déterminée d'une façon globale en prenant en considération l'Espagne come unité de calcul, sans considération des communautés autonomes ou provinces.

Enfin, on modifie l'article 11 pour adapter sa teneur à la modification introduite dans l'article 30.5 de la Loi 31/1995, du 8 novembre, par la Loi 14/2013, du 27 septembre, d'appui aux personnes entreprenantes et leur internationalisation.

- DÉCRET ROYAL 901/2015, du 9 octobre, en vertu duquel l'on modifie le Décret Royal 843/2011, du 17 juin, par lequel l'on établit les critères de base sur l'organisation de ressources pour développer l'activité sanitaire des services de prévention.

Ce décret royal modifie le Décret Royal 843/2011 avec les objectifs suivants:

- Éclaircir que la quantification des travailleurs doit être envisagée d'une façon globale, sans que le domaine territorial, entendu dans le sens de division géographique administrative, puisse être le critère décisif dans cette matière et que jusqu'à 2.000 travailleurs sera nécessaire une Unité Basique Sanitaire (UBS) pour le service de prévention, indépendamment de comment organise et exécute son activité, sans qu'il résulte exigible une UBS dans chacun des territoires géographiques, soit communauté autonome ou provinces, où le service de prévention développe l'activité sanitaire, ni puisse être exigé pour part des autorités compétentes plus d'une UBS pour s'occuper de 2.000 travailleurs.
 - Simplifier les cas où l'on puisse conclure les accords de collaboration.
 - Maintenir la possibilité à l'autorité administrative de vérifier la qualité, suffisance et adéquation de l'activité sanitaire effectuée par les services de prévention étrangers.
- ARRÊTÉ ESS/2259/2015, du 22 octobre, en vertu de laquelle l'on modifie l'Arrêté TIN/2054/2010, du 20 septembre, en vertu duquel l'on développe le Décret Royal 39/1997, du 17 janvier, par lequel l'on adopte le Règlement des Services de Prévention, en ce qui concerne l'accréditation d'entités spécialisées.

Cet Arrêté Ministériel modifie l'Arrêté TIN/2054/2010, du 20 septembre, dans le but d'adapter sa teneur aux changements qui ont eu lieu dans le règlement des services de prévention et, spécifiquement, en ce qui concerne préciser que conformément à la réglementation en vigueur résulte exigible aux entités spécialisées accréditées pour agir comme des services de prévention étrangers qu'elles disposent des locaux et ressources matérielles et humaines établies dans la réglementation mentionnée. Cela dit, l'accomplissement de cette exigence ne peut pas dépendre d'une certaine distribution géographique de ces moyens et locaux qui aient comme justification seulement un critère administratif de distribution territoriale de l'État. De cette façon, la seule condition qui doit remplir le service de prévention étranger c'est avoir la capacité d'action nécessaire pour s'occuper d'une façon appropriée des services concertés qui aurait à chaque instant.

Par conséquent, on essaie d'insister sur l'idée que les moyens humains et matériels doivent s'adapter à l'activité réellement effectuée par les services de prévention étrangers tout en remplissant les conditions établies dans la norme, en garantissant une protection efficace de la sécurité et de la santé des travailleurs face aux risques liés à leur activité professionnelle, tout cela dès la perspective de l'unité de marché et la simplification des charges administratives.

- DÉCRET ROYAL 1150/2015, du 18 décembre, en vertu duquel l'on modifie le Décret Royal 1299/2006, du 10 novembre, en vertu duquel l'on adopte le cadre de maladies professionnelles dans le système de la Sécurité Sociale et l'on établit les critères pour leur notification et enregistrement.

Moyennant cette modification réglementaire, on comprend dans l'annexe 1, cadre de maladies professionnelles (codification), groupe 6, dans les maladies professionnelles provoquées par agents carcinogènes et, en particulier, par l'amiante un nouveau sous-agent, le cancer de larynx, tout en énumérant de même les principales activités associées à ce sous-agent. Pour sa part, de l'annexe 2, liste complémentaire de maladies dont l'origine professionnelle est soupçonnée et dont l'inclusion dans le cadre de maladies professionnelles pourrait être envisagée à l'avenir (codification), on supprime le cancer de larynx provoqué par l'inhalation de poussière d'amiante, puisque passe à être compris dans l'annexe 1 mentionné, en procédant de même à la nouvelle numérotation du groupe 6 de l'annexe 2.

En ce qui concerne la **réglementation spécifique de sécurité et de santé au travail**, pour la période de référence mentionnée, on a adopté les suivants instruments réglementaires :

- DÉCRET ROYAL 1696/2012, du 21 décembre, en vertu duquel l'on modifie la définition comprise dans le paragraphe 6 de l'article 2 du Décret Royal 1216/1997, du 18 juillet, en vertu duquel l'on établit les dispositions minimales de sécurité et de santé au travail à bord de bateaux de pêche.

Ce décret royal a pour but mettre en application ce qui est exigé par l'Avis Motivé que la Commission européenne a rendu, en date du 31 mai 2012, par lequel on ordonne au Royaume de l'Espagne de transposer correctement, de l'avis de la Commission, l'article 2.f) de la Directive 93/103/CE du Conseil, du 23 novembre 1993, concernant les dispositions minimales de sécurité et de santé au travail à bord de bateaux de pêche.

- RÉSOLUTION du 15 novembre 2013, du Secrétariat d'État des Administrations Publiques, en vertu de laquelle l'on mis à jour et dispose la publication du Système de Gestion de la Prévention de Risques Professionnels dans l'Administration Générale de l'État.

Le besoin de compléter l'instauration de ce système de gestion dans l'Administration Générale de l'État et d'adapter sa teneur à ces modifications réglementaires, d'un côté, et d'intégrer ce système dans le contexte des actuels efforts pour améliorer l'efficacité, l'efficience et la qualité des services dans l'Administration Générale de l'État, ont conseillé de procéder à prendre cette Résolution qui vient à mettre à jour ce système et à promouvoir sa complète instauration. Tout cela dans le but d'améliorer d'une façon continue l'action en faveur de la santé et de la sécurité des employés publics et de faciliter que tous les impliqués assument les responsabilités leur incombant, en cette matière.

- DÉCRET ROYAL 598/2015, du 3 juillet, en vertu duquel l'on modifie le Décret Royal 39/1997, du 17 janvier, par lequel l'on adopte le Règlement des services de prévention, le Décret Royal 485/1997, du 14 avril, sur dispositions minimales en matière de signalisation de sécurité et de santé au travail; le Décret Royal 665/1997, du 12 mai, sur la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à agents cancérigènes pendant le travail et le Décret Royal 374/2001, du 6 avril, sur la protection de la santé et de la sécurité contre les risques liés aux agents chimiques pendant le travail.

Les modifications comprises dans ce décret royal répondent entièrement à la transposition au Droit espagnol de la Directive 2014/27/UE du Parlement Européen et du Conseil, du 26 février 2014, en vertu de laquelle l'on modifie les directives 92/58/CEE, 94/33/CE, 98/24/CE du Conseil et la Directive 2004/37/CE du Parlement Européen et du Conseil, dans le but de les adapter au Règlement (CE) n° 1272/2008 sur classement, étiquetage et conditionnement de substances et mélanges.

L'origine des modifications de ces directives moyennant la directive que maintenant est transposée est que le Règlement (CE) n° 1272/2008 du Parlement Européen et du Conseil, du 16 décembre 2008, a établi un nouveau système pour le classement et l'étiquetage de substances et mélanges dans l'Union Européenne, fondé sur le Système Global Harmonisé de Classement et Étiquetage de Produits Chimiques (SGA) à l'échelon international, dans le cadre de la Commission Économique pour l'Europe des Nations Unies.

Les directives modifiées moyennant la Directive 2014/27/UE du Parlement Européen et du Conseil, du 26 février 2014, comprennent des références au système précédent de classement et d'étiquetage, ce qui a obligé de leur modification dans le but de les adapter au nouveau système établi dans le mentionné Règlement.

- RÉSOLUTION du 26 novembre 2015, du Secrétariat d'État des Administrations Publiques, en vertu de laquelle l'on publie l'Accord du Conseil des Ministres du 20 novembre 2015, en vertu duquel l'on adopte le Protocole d'action face à la violence au travail dans l'Administration Générale de l'État.

Ce Protocole est envisagé comme un outil d'usage commun dans l'ensemble de l'Administration Générale de l'État pour la prévention et l'action face aux cas d'agression, dans ou à l'occasion du travail, sans préjudice de son adaptation aux caractéristiques et problématique spécifique de chaque Département ou Organisme, en fonction du type d'activité qui soit effectuée et qu'il s'agit de protéger. Les diverses actions et mesures visées au Protocole seront effectuées sans accroissement des montants ni des rémunérations ou d'autres coûts de personnel de l'Administration Générale de l'État et Organismes Publics liés ou dépendants de celle-ci.

Le Protocole a fait l'objet de négociation au sein de la Commission Technique de Prévention de Risques Professionnels, et une fois déposé le texte final de celui-ci dans la Commission Technique du 28 juillet 2015, on a convenu de l'adresser à la Table Générale de Négociation de l'Administration Générale de l'État, en étant adopté par celle-ci formellement dans sa réunion du jour 30 juillet 2015.

- RÉSOLUTION 400/38199/2015, du 21 décembre, du Sous-secrétariat, en vertu de laquelle l'on publie l'Accord du Conseil des Ministres du 20 novembre 2015, par lequel l'on adopte le Protocole d'action face au harcèlement sexuel et pour raison de sexe dans les Forces Armées.

Le Protocole essaie de continuer à promouvoir cette culture de "tolérance zéro" dans les Forces Armées moyennant la mise en oeuvre de mesures de prévention et de protection de la victime. En ce qui concerne les mesures de prévention permettent, à travers l'information, la formation et la sensibilisation

d'établir un climat de travail dans l'unité qui prévienne et évite les situations de harcèlement, tandis que les mesures de protection de la victime outre établir les mécanismes de dénonciation, recherche et sanction de ces conduites, recherchent la protection intégrale de la victime en le garantissant la défense de ses droits et en évitant d'effets nuisibles sur celle-ci.

De même, pendant la période demandée on a adopté de nombreuses résolutions fruit de la **négociation collective** entre représentants des employeurs et des travailleurs qui règlent entre d'autres aspects des questions concernant la sécurité et la santé au travail. De ces Conventions Collectives il faut souligner celles qui suivent:

- RÉSOLUTION du 8 février 2012, de la Direction Générale d'Emploi, en vertu de laquelle on enregistre et publie l'accord de modification du chapitre II de l'Accord de l'État du secteur du métal.
- RÉSOLUTION du 28 février 2012, de la Direction Générale d'Emploi, en vertu de laquelle on enregistre et on publie la V^{ème} Convention collective du secteur du bâtiment.
- RÉSOLUTION du 13 mars 2012, de la Direction Générale d'Emploi, en vertu de laquelle on enregistre et on publie le II Accord général pour les entreprises de transport routier des marchandises.
- RÉSOLUTION du 23 juillet 2012, de la Direction Générale d'Emploi et de la Sécurité Sociale, en vertu de laquelle on enregistre et on publie la Convention collective de l'état pour les industries extractives, les industries du verre, les industries céramiques et pour les industries du commerce sectaire des mêmes matériels.
- RÉSOLUTION du 10 septembre 2012, de la Direction Générale d'Emploi, en vertu de laquelle on enregistre et on publie la V^{ème} Convention collective de l'état du liège.
- RÉSOLUTION du 2 novembre 2012, de la Direction Générale d'Emploi, en vertu de laquelle on enregistre et on publie la Convention collective du secteur du bois.
- RÉSOLUTION du 27 novembre 2012, de la Direction Générale d'Emploi, en vertu de laquelle on enregistre et on publie la modification de l'Accord sur le Règlement de la Carte Professionnelle du Bâtiment pour le secteur du bois et du meuble.
- RÉSOLUTION du 5 mars 2013, de la Direction Générale d'Emploi, en vertu de laquelle on enregistre et on publie la V^{ème} Convention collective de l'état du secteur des fabricants de gypses, plâtres, chaux et leurs préfabriqués.
- RÉSOLUTION du 26 mars 2013, de la Direction Générale d'Emploi, en vertu de laquelle on enregistre et on publie la XVII^{ème} Convention collective générale de l'industrie chimique.

- RÉSOLUTION du 26 mars 2013, de la Direction Générale d'Emploi, en vertu de laquelle on enregistre et on publie la V^{ème} Convention collective générale du secteur de dérivés du ciment.
- RÉSOLUTION du 2 avril 2013, de la Direction Générale d'Emploi, en vertu de laquelle on enregistre et on publie le Règlement de la carte professionnelle pour le travail en chantiers (verre et composition du texte d'une enseigne, d'un écriteau, d'une nomenclature, etc.) des travailleurs touchés par la Convention collective pour les industries extractives, du verre, de la céramique et pour les industries du commerce sectaire de ces mêmes matériels.
- RÉSOLUTION 22 avril 2013, de la Direction Générale d'Emploi, en vertu de laquelle on enregistre et on publie l'Acte des accords de modification de l'Accord de l'État du secteur du métal.
- RÉSOLUTION du 13 mai 2013, de la Direction Générale d'Emploi, en vertu de laquelle on enregistre et on publie l'Acte de l'accord de révision partielle de la V^{ème} Convention collective générale du secteur du bâtiment.
- RÉSOLUTION du 8 novembre 2013, de la Direction Générale d'Emploi, en vertu de laquelle on enregistre et on publie l'Acte des accords sur la procédure pour l'homologation des activités de formation en matière de prévention de risques professionnels, ainsi que sur le Règlement de conditions pour le maintien de l'homologation d'activités de formation en matière de prévention de risques professionnels conformément à ce qui est établi dans la V^{ème} Convention collective du secteur du bâtiment.
- RÉSOLUTION du 27 janvier 2014, de la Direction Générale d'Emploi, en vertu de laquelle on corrige d'erreurs dans la résolution du 8 novembre 2013, en vertu de laquelle on enregistre et on publie l'Acte des accords sur la procédure pour l'homologation des activités de formation en matière de prévention de risques professionnels conformément à ce qui est établi dans la V^{ème} Convention collective du secteur du bâtiment.

Enfin, on a adopté de nombreuses normes **en matière de prévention de risques professionnels** comme sont celles qui suivent :

- DÉCRET ROYAL 1070/2012, du 13 juillet, en vertu duquel l'on adopte le Plan de l'état de protection civile devant le risque chimique.
- DÉCRET-LOI ROYAL 20/2012, du 13 juillet, de mesures pour garantir la stabilité budgétaire et d'encouragement de la compétitivité.
- DÉCRET ROYAL 1335/2012, du 21 septembre, en vertu duquel l'on modifie le Décret Royal 563/2010, du 7 mai, en vertu duquel on adopte le Règlement d'articles pyrotechniques et cartoucherie.
- ARRÊTÉ FOM/2016/2012, du 24 septembre, en vertu duquel on met à jour les conditions techniques de l'annexe A du Décret Royal 809/1999, du 14 mai, en vertu duquel on règle les conditions qu doivent être remplies par les équipes marins destinés à être embarqués dans les bateaux, en application de la Directive 96/98/CE.

- ARRÊTÉ PRE/2035/2012, du 24 septembre, en vertu duquel on modifie l'Arrêté PRE/1263/2009, du 21 mai, en vertu duquel on met à jour les instructions techniques complémentaires numéros 2 et 15, du Règlement d'Explosifs, adopté par Décret Royal 230/1998, du 16 février.
- Amendements de 2012 à la Convention Internationale pour la Sécurité de la Vie Humaine dans la mer, 1974, Amendé, adoptés à Londres le 30 novembre 2012 par Résolution MSC.338(91).
- Code sur les niveaux de bruit à bord des bateaux, adopté à Londres le 30 novembre 2012 par Résolution MSC.337(91).
- RÉSOLUTION du 28 décembre 2012, du Secrétariat d'État des Administrations Publiques en vertu de laquelle on prend d'instructions sur la journée et les heures de travail du personnel au service de l'Administration Générale de l'État et ses organismes publics.
- ARRÊTÉ HAP/149/2013, du 29 janvier, en vertu duquel on règle les services d'automobile qui prêtent le Parc Automobile de l'État et les Unités du Parc Automobile intégrées dans les Délégations et Subdélégations du Gouvernement et Directions Insulaires.
- RÈGLEMENT (UE) n° 167/2013 du Parlement européen et du Conseil, du 5 février 2013, concernant l'homologation des véhicules agricoles ou forestiers, et la surveillance du marché de ces véhicules.
- DÉCRET ROYAL 88/2013, du 8 février, en vertu duquel on adopte l'Instruction Technique Complémentaire AEM 1 "Ascenseurs" du Règlement d'appareils d'élévation et manutention, adopté par Décret Royal 2291/1985, du 8 novembre.
- RÈGLEMENT (UE) n° 519/2013 de la Commission, du 21 février 2013, en vertu duquel on adapte certains règlements et décisions dans les domaines de la libre circulation de marchandises, la libre circulation de personnes, le droit d'établissement et la libre prestation de services, le droit de sociétés, la politique de concurrence, l'agriculture, la sécurité alimentaire, la politique vétérinaire et phytosanitaire, la pêche, la politique de transports, l'énergie, la fiscalité, les statistiques, la politique sociale et d'emploi, l'environnement, l'union douanière, les relations extérieures et la politique extérieure et de sécurité et de défense, à l'occasion de l'adhésion de la Croatie.
- INSTRUCTION IS-30, révision 1, du 21 février 2013, du Conseil de Sécurité Nucléaire, sur les condition du programme de protection contre les incendies en Centrales Nucléaires.
- DÉCRET ROYAL 238/2013, du 5 avril, en vertu duquel on modifie certains articles et instructions techniques du Règlement d'Installations Thermiques dans les Bâtiments, adopté par Décret Royal 1027/2007, du 20 juillet.
- RÈGLEMENT (UE) n° 517/2013, du 13 mai 2013, en vertu duquel on adapte certains Règlements et Décisions dans les domaines de la libre circulation de

marchandises, la libre circulation de personnes, le droit de sociétés, la politique de concurrence, l'agriculture, la sécurité alimentaire, la politique vétérinaire et phytosanitaire, la politique de transports, l'énergie, la fiscalité, les statistiques, les réseaux transeuropéens, le pouvoir judiciaire et les droits fondamentaux, la justice, la liberté et la sécurité, l'environnement, l'union douanière, les relations extérieures, la politique extérieure, de sécurité et de défense et les institutions, à l'occasion de l'adhésion de la Croatie.

- RÉSOLUTION du 13 mai 2013, du Secrétariat d'État de la Sécurité Sociale, en vertu de laquelle l'on établit le Plan général d'activités de prévention de la Sécurité Sociale, qui doivent appliquer les mutuelles d'accidents de travail et maladies professionnelles de la Sécurité sociale dans la planification de leurs activités pour l'année 2013.
- LOI 5/2013, du 11 juin, en vertu de laquelle l'on modifie la Loi 16/2002, du 1^{er} juillet, de prévention et contrôle intégrés de la pollution et la Loi 22/2011, du 28 juillet, de déchets et sols pollués.
- LOI 8/2013, du 26 juin, de réhabilitation, régénération et rénovation urbaines.
- ARRÊTÉ FOM/1364/2013, du 9 juillet, en vertu duquel on met à jour les conditions techniques de l'annexe A du Décret Royal 808/1999, du 14 mai, en vertu duquel on règle les conditions qui doivent être remplies par les équipes marins destinés à être embarqués dans les bateaux, en application de la Directive 96/98/CE.
- ARRÊTÉ ESS/1451/2013, du 29 juillet, en vertu duquel on établit les dispositions pour la prévention de lésions provoquées par instruments coupants et piquants dans le secteur sanitaire et hospitalier.
- ARRÊTÉ FOM/1635/2013, du 10 septembre, en vertu duquel on met à jour le Document Basique DB-HE "Économie d'Énergie", du Code Technique de la Construction, adopté par Décret Royal 314/2006, du 17 mars.
- DÉCRET ROYAL 742/2013, du 27 septembre, en vertu duquel on établit les critères techniques et sanitaires des piscines.
- ARRÊTÉ IET/1951/2013, du 22 octobre, en vertu duquel on met à jour les annexes I et II du Décret Royal 2028/ 1986, du 6 juin, sur les normes pour l'application de certaines directives de la CEE, concernant l'homologation de type de véhicules automobiles, remorques, semi-remorques, motocyclette.
- DÉCRET ROYAL 893/2013, du 15 novembre, en vertu duquel on adopte la Directive basique de planification de protection civile d'urgence par incendies forestiers.
- DÉCRET-LOI ROYAL 1/2013, du 29 novembre, en vertu duquel on adopte le Texte Refondu de la Loi Générale de droits des personnes handicapées et de leur inclusion sociale.

- Décret Royal 963/2013, du 5 décembre, en vertu duquel on fixe les équipages minimums de sécurité des bateaux de pêche et auxiliaires de pêche et on règle la procédure pour leur affectation.
- Arrêté ESS/2518/2013, du 26 décembre, en vertu duquel on règle les aspects de formation du contrat pour la formation et l'apprentissage, en développement du Décret Royal 1529/2012, du 8 novembre, en vertu duquel on développe le contrat pour la formation et l'apprentissage et l'on établit les bases de la formation professionnelle double.
- Décret Royal 36/2014, du 24 janvier, en vertu duquel on règle les diplômes professionnels du secteur de pêche.
- DÉCRET ROYAL 97/2014, du 14 février, en vertu duquel on règle les opérations de transport routier de marchandises dangereuses sur le territoire espagnol.
- LOI 1/2014, du 28 février, pour la protection des travailleurs à temps partiel et d'autres mesures d'urgence dans l'ordre économique et social.
- ARRÊTÉ FOM/456/2014, du 13 mars, en vertu duquel on modifie l'annexe 2 du Décret Royal 1749/1984, du 1^{er} août, en vertu duquel on adopte le Règlement National sur le transport sans risques de marchandises dangereuses par voie aérienne et les Instructions techniques pour le transport sans risques de marchandises dangereuses par voie aérienne, pour mettre à jour les instructions techniques.
- LOI 5/2014, du 4 avril, de Sécurité Privée.
- ARRÊTÉ PRE/647/2014, du 25 avril, en vertu duquel on modifie l'Instruction Technique Complémentaire numéro 2, "Conditions essentielles de sécurité d'artifices pyrotechniques, d'autres articles pyrotechniques et dispositifs d'ignition", du Règlement d'articles pyrotechniques et cartoucherie, adopté par Décret Royal 563/2010, du 7 mai.
- Décret Royal 337/2014, du 9 mai, en vertu duquel on adopte le Règlement sur les conditions techniques et garanties de sécurité en installations électriques de haute tension et ses Instructions Techniques Complémentaires ITC-RAT 01 à 23.
- Décret Royal 339/2014, du 9 mai, en vertu duquel on établit les conditions pour la commercialisation et mise en service des bicyclettes et d'autres vélos et de leurs parties et pièces, et en vertu duquel on modifie le Règlement Général de véhicules, adopté par Décret Royal 2922/1998, du 23 décembre.
- Résolution du 21 mai 2014, du Secrétariat d'État de la Sécurité sociale, en vertu de laquelle on établit le plan général d'activités de prévention de la sécurité sociale, qui doivent appliquer les mutuelles d'accidents de travail et maladies professionnelles de la Sécurité Sociale pour la planification de leurs activités pour l'année 2014.

- Décret Rpyal 473/2014, du 13 juin, en vertu duquel on modifie le Décret Royal 1381/2009, du 28 août, par lequel on établit les conditions pour la fabrication et commercialisation des générateurs d'aérosols.
- Arrêté PRE/1206/2014, du 9 juillet, en vertu duquel on modifie l'annexe I du Décret Royal 1254/1999, du 16 juillet, en vertu duquel on prend des mesures de contrôle des risques inhérents aux accidents graves où interviennent des substances dangereuses.
- Décret Royal 592/2014, du 11 juillet, en vertu duquel on règle les travaux pratiques externes des étudiants universitaires.
- Décret Royal 628/2014, du 18 juillet, en vertu duquel on règle les particularités du régime d'autorisations pour conduire des véhicules appartenants aux Forces Armées et à la Garde Civile.
- Décret royal 623/2014, du 18 juillet, en vertu duquel on règle la recherche des accidents et incidents ferroviaires et la Commission de Recherche d'Accidents Ferroviaires.
- Loi 14/2014, du 24 juillet, de Navigation Maritime.
- INSTRUCTION IS-10, révision 1, du 30 juillet 2014, du Conseil de Sécurité Nucléaire, en vertu de laquelle on établit les critères de notification d'événements au Conseil pour part des centrales nucléaires.
- Résolution du 16 octobre 2014, de la Direction Générale de Politique de l'Énergie et des Mines, en vertu de laquelle on adopte la spécification technique numéro 2005-1-11 "Carte de formation personnelle du travailleur et Livre de registre des cours reçus" de l'instruction technique complémentaire 02.1.02 "Formation préventive pour l'exercice du poste de travail", du Règlement Général de Normes Basiques de Sécurité Minière.
- Résolution du 16 octobre 2014, de la Direction Générale de politique de l'Énergie et des Mines, en vertu de laquelle on modifie la spécification technique numéro 2001-1-08 "Formation préventive pour l'exercice du poste de opérateur des machines de démarrage/charge/des voies, pelleuse et pelle hydraulique à chaînes, en activités extractives d'extérieur", de l'instruction technique complémentaire 02.1.02 "Formation préventive pour l'exercice du poste de travail", du Règlement Général de Normes Basiques de Sécurité Minière.
- Arrêté FOM/2083/2014, du 24 octobre, en vertu duquel on met à jour les conditions techniques de l'annexe A du décret Royal 809/1999, du 14 mai, par lequel on règle les conditions qui doivent être remplies par les équipes marins destinés à être embarqués dans les bateaux, en application de la Directive 96/98/CE.
- Loir Organique 8/2014, du 4 décembre, de Régime Disciplinaire des Forces Armées.

- DÉCRET ROYAL 1053/2014, du 12 décembre, en vertu duquel on adopte une nouvelle Instruction Technique Complémentaire (ITC) BT 52 “Installations à des buts spéciaux. Infrastructure pour la recharge de véhicules électriques”, du Règlement électrotechnique pour basse tension, adopté par Décret royal 842/200, du 2 août, et on modifie d’autres instructions techniques complémentaires de celui-ci.
- Arrêté PRE/2412/2014, du 16 décembre, en vertu duquel on adopte l’Instruction Technique Complémentaire numéro 26 “Horaire d’ouverture des entrepôts d’explosifs, surveillance de clés des poudrières, affectation des explosifs non utilisés et restitutions” du Règlement d’Explosifs.
- Résolution du 19 décembre 2014, de la Direction Générale de Politique de l’Énergie et des Mines, en vertu de laquelle on modifie celle du 18 novembre 2010, en vertu de laquelle on adopte la spécification technique 2010-1-01 “Inspection de chargeuses sur des roues”, de l’instruction technique complémentaire 02.2.01 “Mise en service, entretien, réparation et inspection d’équipements de travail” du Règlement Général de Normes basiques de Sécurité Minière, adoptée par l’Arrêté ITC/1607/2009, du 9 juin.
- Loi 32/2014, du 22 décembre, de Métrologie.
- CORRECTION des errata de la Loi 35/2014, du 26 décembre, en vertu de laquelle on modifie le texte refondu de la Loi Générale de la Sécurité Sociale en ce qui concerne le régime juridique des Mutuelles d’Accidents de Travail et Maladies Professionnelles de la Sécurité Sociale.
- Loi 36/2014, du 26 décembre, du Budget Général de l’État pour l’année 2015.
- Loi 35/2014, du 26 décembre, en vertu de laquelle on modifie le texte refondu de la Loi Générale de la Sécurité Sociale en ce qui concerne le régime juridique des Mutuelles d’Accidents de Travail et Maladies Professionnelles de la Sécurité Sociale.
- Loi 33/2014, du 26 décembre, en vertu de laquelle on modifie la loi 3/2001, du 26 mars, de Pêche Maritime de l’État.
- ARRÊTÉ ESS/41/2015, du 12 janvier, en vertu duquel on modifie l’Arrêté ESS/2518/2013, du 26 décembre, en vertu duquel on règle les aspects formatifs du contrat pour la formation et l’apprentissage, en développement du Décret Royal 1529/2012, du 8 novembre, par lequel on développe le contrat pour la formation et l’apprentissage et l’on établit les bases de formation professionnelle double et l’Arrêté TAS/718/2008, du 7 mars, en vertu duquel on développe le Décret Royal 395/2007, du 23 mars, en vertu duquel on règle le sous-système de formation professionnelle pour l’emploi, en matière de formation d’offre et on établit les bases régulatrices pour l’octroi de subventions publiques consacrées à son financement.
- INSTRUCTION IS-36, du 21 janvier 2015, du Conseil de Sécurité Nucléaire, sur Procédures d’opération d’urgence et gestion d’accidents sévères en centrales nucléaires.

- INSTRUCTION IS-37, du 21 janvier 2015, du Conseil de Sécurité Nucléaire, sur analyses d'accidents base de design de centrales nucléaires.
- ARRÊTÉ HAP/535/2015, du 19 février, en vertu duquel on règle l'organisation et le fonctionnement du Registre d'organes de représentation du personnel dans l'Administration Générale de l'État.
- DÉCRET ROYAL 110/2015, du 20 février, sur déchets d'appareils électriques et électroniques.
- Règlement d'Exécution (UE) 2015/504 de la Commission, du 11 mars 2015, concernant l'exécution du Règlement (UE) n° 167/2013 du Parlement Européen et du Conseil en ce qui concerne les conditions administratives pour l'homologation et la surveillance du marché des véhicules agricoles.
- CORRECTION d'erreurs du Décret-loi Royal 4/2015, 22 mars, pour la réforme d'urgence du Système de Formation Professionnelle pour l'Emploi dans le domaine du travail.
- ARRÊTÉ FOM/882/2015, du 21 avril, en vertu duquel on met à jour les conditions techniques de l'annexe A du Décret Royal 809/1999, du 14 mai, en vertu duquel on règle les conditions qui doivent être remplies par les équipes marins destinés à être embarqués dans les bateaux, en application de la Directive 96/98/CE, modifiée par la Directive 98/85/CE.
- DÉCRET ROYAL 357/2015, du 8 mai, sur l'accomplissement et contrôle de l'application de la Convention sur le Travail Maritime, 2006, de l'Organisation Internationale du Travail, en des bateaux espagnols.
- Arrêté ESS/1249/2015, du 19 juin, en vertu duquel on prolonge le délai prévu dans la disposition transitoire huitième de celui, du 6 juillet, de mesures d'urgence pour la réforme du marché du travail, concernant les contrats pour la formation et l'apprentissage.
- LOI 17/2015, du 9 juillet, du Système National de Protection Civile.
- DÉCRET ROYAL 709/2015, du 24 juillet, en vertu duquel on établit les conditions essentielles de sécurité pour la commercialisation des équipements à pression.
- DÉCRET ROYAL 840/2015, du 21 septembre, en vertu duquel on prend des mesures de contrôle des risques inhérents aux accidents graves où interviennent des substances dangereuses.
- LOI 38/2015, du 29 septembre, du secteur ferroviaire.
- LOI 37/2015, du 29 septembre, de routes.
- LOI 45/2015, du 14 octobre, de Volontariat.

- LOI 47/2015, du 21 octobre, régulatrice de la protection sociale des personnes travailleuses du secteur maritime-de pêche.
- DÉCRET-LOI ROYAL 2/2015, du 23 octobre, en vertu duquel on adopte le texte refondu de la Loi du Statut des Travailleurs.
- ARRÊTÉ FOM/2258/2015, du 23 octobre, en vertu duquel on met à jour les conditions techniques de l'annexe A du Décret Royal 809/1999, du 14 mai, en vertu duquel on règle les conditions qui doivent être remplies par les équipes marins destinés à être embarqués dans les bateaux, en application de la Directive 96/98/CE.
- DÉCRET-LOI ROYAL 3/2015, du 23 octobre, en vertu duquel on adopte le texte refondu de la Loi d'Emploi.
- RÉSOLUTION du 27 octobre 2015, conjointe de la Direction Générale de la Garde Civile et de la Direction Générale de Politique de l'Énergie et des Mines, en vertu de laquelle on modifie les annexes I, II et III de l'Arrêté PRE/2426/2004, du 21 juillet, en vertu duquel on détermine la teneur, format et la tenue des livres-registre de mouvements et consommation d'explosifs.
- DÉCRET-LOI ROYAL 8/2015, du 30 octobre, en vertu duquel on adopte le texte refondu de la Loi Générale de la Sécurité Sociale.
- DÉCRET ROYAL 989/2015, du 30 octobre, en vertu duquel on adopte le Règlement d'articles pyrotechniques et cartoucherie.
- DÉCRET-LOI ROYAL 6/2015, du 30 octobre, en vertu duquel on adopte le texte refondu de la Loi sur Trafic, Circulation de Vehicules à Moteur et Sécurité Routière.
- DÉCRET-LOI ROYAL 5/2015, du 30 octobre, en vertu duquel on adopte le texte refondu de la Loi du Statut Basique de l'Employé Public.
- ARRÊTÉ PRE/2315/2015, du 3 novembre, en vertu duquel on modifie le contenu des pharmacies portatives qui doivent transporter à bord les bateaux conformément à ce qui est établi par le Décret Royal 258/1999, du 12 février, en vertu duquel on établit les conditions minimales sur la protection de la santé et de l'assistance médicale des travailleurs de mer.
- CORRECTION d'erreurs de l'Arrêté PRE/2315/2015, du 3 novembre, en vertu de laquelle on modifie le contenu des pharmacies portatives qui doivent transporter à bord les bateaux selon ce qui est établi par le Décret Royal 258/1999, du 12 février, en vertu duquel on établit les conditions minimales sur la protection de la santé et l'assistance médicale des travailleurs de mer.
- RÉSOLUTION du 16 novembre 2015, de la Direction Générale de Qualité et Évaluation Environnementale et Milieu Naturel, en vertu de laquelle l'on publie l'Accord du Conseil des Ministres du 6 novembre 2015, par lequel on adopte le Plan de l'État Cadre de Gestion de Déchets (PEMAR) 2016-2022.

- DÉCRET ROYAL 1057/2015, du 20 novembre, en vertu duquel on modifie le Règlement de la Loi d'Aménagement des Transports Terrestres, adopté par Décret Royal 1211/1990, du 28 septembre, en matière de location de véhicules avec conducteur, pour l'adapter à la Loi 9/2013, du 4 juillet.
- DÉCRET ROYAL 1055/2015, du 20 novembre, en vertu duquel on modifie le Règlement Général de Conducteurs, adopté par Décret Royal 818/2009, du 8 mai.
- ARRÊTÉ PRE/2476/2015, du 20 novembre, en vertu duquel on met à jour l'Instruction Technique Complémentaire numéro 10, "Prévention d'accidents graves", du Règlement d'exposifs, adopté par Décret Royal 230/1998, du 16 février.
- DÉCRET ROYAL 1054/2015, du 20 novembre, en vertu duquel on adopte le Plan de l'État de Protection Civile devant le Risque Radiologique.
- DÉCRET ROYAL 1053/2015, du 20 novembre, en vertu duquel on adopte la Directive basique de planification de protection civile devant le risque de raz-de-marée.
- RÉSOLUTION du 25 novembre 2015, du Secrétariat d'État des Administrations Publiques, en vertu de laquelle on modifie celle du 28 décembre 2012, en vertu de laquelle on prend d'instructions sur la journée et les heures de travail du personnel au service de l'Administration Générale de l'État et ses organismes publics.
- ARRÊTÉ PRE/2565/2015, du 26 novembre, en vertu duquel on modifie l'Arrêté PRE/305/2009, du 10 février, par lequel on crée le Réseau de Laboratoires d'Alerte Biologique "RE-LAB".
- DÉCRET ROYAL 1072/2015, du 27 novembre, en vertu duquel on modifie le Décret Royal 2200/1995, du 28 décembre, en vertu duquel on adopte le Règlement de l'Infrastructure pour la Qualité et la Sécurité Industrielle.
- ARRÊTÉ INT/2573/2015, du 30 novembre, en vertu duquel on détermine les spécifications techniques qui doivent être remplies par les véhicules destinés à la conduite de détenus, prisonniers et condamnés.
- ARRÊTÉ FOM/2799/2015, du 18 décembre, en vertu duquel on modifie l'Arrêté FOM/36/2008, du 9 janvier, en vertu duquel on développe la deuxième section du chapitre IV^{ème} du titre V^{ème}, en matière de location de véhicules avec conducteur, du Règlement de la Loi d'Aménagement des Transports Terrestres.
- ARRÊTÉ PRE/2788/2015, du 18 décembre, en vertu duquel on modifie l'annexe IX du Règlement Général de Véhicules, adopté par Décret Royal 2822/1998, du 23 décembre.
- CORRECTION d'erreurs de la Résolution du 16 novembre 2015, de la Direction Générale de Qualité et Évaluation Environnementale et Milieu Naturel, en vertu de laquelle on publie l'Accord du Conseil des Ministres du 6 novembre 2015,

par lequel on adopte le plan de l'État Cadre de Gestion de Déchets (PMAR) 2016-2022.

- CORRECTION d'erreurs de l'Arrêté INT/2573/2015, du 30 novembre, en vertu de laquelle on détermine les spécifications techniques qui doivent être remplies par les véhicules destinés à la conduite de détenus, prisonniers et condamnés.
- CORRECTION d'erreurs de la Loi 47/2015, du 21 octobre, régulatrice de la protection sociale des personnes travailleuses du secteur maritime-de pêche.
- CORRECTION d'erreurs de la Loi 31/2015, du 9 septembre, en vertu de laquelle on modifie et met à jour la réglementation en matière de travail indépendant et on prend des mesures d'encouragement et promotion du travail indépendant et de l'Économie Sociale.
- DÉCRET ROYAL 108/2016, du 18 mars, en vertu duquel on établit les conditions essentielles de sécurité pour la commercialisation des récipients à pression simples.

Dans le domaine de **protection de la sécurité et la santé des employés publics**, mais spécifiquement concernant la protection de ceux-ci en ce qui concerne les cas d'agression contre eux dans l'exercice de leur activité professionnelle pour part des tiers, il faut souligner la Résolution du 26 novembre 2015, du Secrétariat d'État des Administrations Publiques, en vertu de laquelle l'on publie l'Accord du Conseil des Ministres du 2 novembre 2015, en vertu duquel on adopte le Protocole d'action face à la violence au travail dans l'Administration Générale de l'État et les organismes publics liés ou dépendants de celle-ci.

Étant donné l'envergure qui maintient encore le **secteur du bâtiment** dans notre pays, il faut mentionner que deux normes en matière de sécurité et d'hygiène au travail, considérées à l'amélioration de la sécurité et la santé des travailleurs dans ce secteur spécifique –**la Loi 33/2006, du 18 octobre**, régulatrice de la sous-traitance dans le secteur du bâtiment, et le **Décret Royal 1109/2007, du 24 août**, en vertu duquel on développe la Loi 32/2006, du 18 octobre, régulatrice de la sous-traitance dans le Secteur du Bâtiment- sont complétées avec ce qui est établi dans la V^{ème} Convention Collective Nationale du Secteur du Bâtiment (voir Résolution du 28 février 2012, de la Direction Générale d'Emploi, en vertu de laquelle on enregistre et on publie la V^{ème} Convention Collective du secteur du bâtiment.).

Toute la réglementation mentionnée a pour genèse l'article 40.2 de la Constitution Espagnole de 1978, qui expose ce qui suit : *“2. De même les pouvoirs publics promouvent et encourageront une politique garantissant la formation et réadaptation professionnelles ; **veilleront sur la sécurité et l'hygiène au travail** et garantiront le repos nécessaire, moyennant la limitation de la journée de travail, les congés périodiques payés et la promotion de centres appropriés.”*

Enfin, il faut souligner que l'article 40.2 de la Constitution Espagnole de 1978, a son articulation réglementaire dans la mentionnée Loi 31/1995, du 8 novembre, de Prévention de Risques Professionnels, qui outre structurer ce qui est stipulé dans cet article, adapte et transpose à l'ordre juridique espagnol ce qui est stipulé dans la Directive 89/391/CEE, connue comme Directive Cadre en matière de Prévention de

Risques Professionnels, en étant enrichie en outre en recueillant les prescriptions de la Convention numéro 155 de l'OIT concernant la sécurité et la santé des travailleurs.

La Directive Cadre dispose à son tour d'autres Directive spécifiques de développement qui ont été transposées à l'ordre juridique espagnol moyennant les Décret Royaux de transpositions mentionnées précédemment.

Le Royaume de l'Espagne, outre transposer toutes les Directives Spécifiques de développement que l'Union Européenne est à adopter progressivement, effectue aussi le développement réglementaire nécessaire selon les besoins qui sont observés conformément à la réalité professionnelle espagnole.

En ce qui concerne la **demande d'information additionnelle du CESE (page 6 du document Conclusions XX-2 (2013) – SPAIN) correspondant au benzène** on indique que, additionnellement à l'information qui a été fournie dans le rapport précédent :

Les mesures comprises dans la 136^{ème} Convention de l'OIT, concernant la protection des risques d'intoxication pour benzènes, ratifiée par l'Espagne le 8 mai 1973, sont envisagées dans la législation espagnole moyennant la Loi 31/1995 de Prévention de Risques Professionnels, le Décret Royal 39/1997, en vertu duquel on adopte le Règlement des Services de Prévention et le Décret Royal 665/1997, sur la protection des travailleurs contre les risques concernant l'exposition à agents cancérigènes ou mutagènes pendant le travail. En ce qui concerne la restriction d'utilisation de produits avec un contenu en benzène comprises dans l'article 1.1 de la 136^{ème} Convention de l'OIT mentionnée, les mesures sont recueillies dans l'annexe XVII^{ème} "Restrictions à la fabrication, commercialisation et l'utilisation de certaines substances, mélanges et articles dangereux" du Règlement (CE) n° 1907/2006, concernant l'enregistrement, l'évaluation, l'autorisation et la restriction des substances et mélanges chimiques (REACH)."

PARAGRAPHE 2 : À PRENDRE LES MESURES PRÉCISES POUR CONTRÔLER L'APPLICATION DE CES RÉGLEMENTS.

Protection face à agents et substances dangereuses

Document d'évaluation de l'application de la réglementation qui règle la protection des travailleurs par risque d'exposition à **l'amiante** (Décret Royal 396/2006, du 31 mars, en vertu duquel l'on établit les dispositions minimales sur sécurité et santé applicables aux travaux avec risque d'exposition à l'amiante.

Le Programme National de Surveillance de la Santé des Travailleurs qui ont été exposés à l'Amiante, finalement adopté d'un commun accord, est composé des activités suivantes :

- 1) Élaborer un Registre de travailleurs exposés à l'amiante ;
- 2) Établir et faciliter les procédures d'accès aux examens de santé postexposition à l'amiante ;
- 3) Appliquer le Protocole de Surveillance Sanitaire Spécifique adopté ;
- 4) Établir la suite de la surveillance de la santé postexposition ;
- 5) Favoriser la reconnaissance médico-légale des maladies découlant de l'exposition à l'amiante ;
- 6) Évaluer le programme de surveillance de la santé.

On a évalué l'évolution du Programme tout en reflétant les résultats dans le document **“Évaluation du Programme de Surveillance de la Santé des Travailleurs Exposés à l'Amiante. PIVISTEA (2014)”** disponible à <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/PIVISTEA2013.pdf>.

Protection face à agents biologiques

- **Arrêté ESS/1451/2013, du 29 juillet**, qui a pour but cet Arrêté réussir à un environnement de travail le plus sûr possible, prévenir les blessures provoquées aux travailleurs avec tout instrument sanitaire coupant-piquant, protéger les travailleurs exposés, établir une approche intégrée en vertu de laquelle on puisse définir des politiques d'évaluation de risques, prévention de risques, formation, information, sensibilisation et supervision et mettre en marche des procédures de réponse et suivi.

Devant le besoin d'offrir de niveaux de protection similaires au personnel sanitaire dans notre pays et, finalement, l'obligation de garantir la sécurité des patients, exigent un effort d'harmonisation des normes autonomes en vigueur, en même temps qu'intégrateur avec les prévisions recueillies dans cet Arrêté, on a élaboré la **“Guide de Biosécurité pour les professionnels sanitaires”** disponible à <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludAmLaboral/docs/guiabioseg.pdf>.

En ce qui concerne les données concernant le **nombre d'accidents de travail**, mortels et non mortels, en chiffres absolus et taux, il faut remarquer que:

ACCIDENTS DE TRAVAIL

La source d'information utilisée c'est l'Annuaire de Statistiques du Travail et Affaires Sociales 2012-2015 publiée par le Ministère de l'Emploi et de la Sécurité Sociale. L'information qui est offerte dans les différents Annuaire de Statistiques du Travail et Affaires sociales concerne les accidents de travail et maladies professionnelles survenus aux travailleurs affiliés dans quelque des régimes de la Sécurité Sociale qui ont couverte d'une façon spécifique cette éventualité, puisque ce sont ces travailleurs les obligés à déposer les documents qui servent de base pour l'obtention de la statistique (indépendamment du type de relation contractuelle qui a avec l'entreprise).

Les régimes mentionnés sont les suivants : Régime Général, Régime Spécial pour l'industrie Minière du Charbon, Régime Spécial Agraire, Régime Spécial de la Mer et, depuis janvier 2004, les travailleurs du Régime Spécial des Travailleurs Indépendants qui ont opté pour la couverture spécifique d'éventualités professionnelles.

Tableau 1. Numéro d'accidents en journée de travail avec congé maladie, totaux, graves et mortels. Évolution 2012-2015

ACCIDENTS DE TRAVAIL EN JOURNÉE DE TRAVAIL TOTAUX	2012	2013	2014	2015 (provisoire)
TOTAL	408.537	404.284	424.625	449.223
AGRAIRE	25.358	27.695	30.250	32.057
INDUSTRIE	88.642	83.623	87.188	93.731
BÂTIMENT	51.327	41.994	43.043	47.228
SERVICES	243.210	250.972	264.144	276.207
ACCIDENTS DE TRAVAIL EN JOURNÉE DE TRAVAIL GRAVES	2012	2013	2014	2015 (provisoire)
TOTAL	3.738	3.390	3.329	3.358
AGRAIRE	440	468	441	415
INDUSTRIE	777	741	687	739
BÂTIMENT	692	490	524	556
SERVICES	1.829	1.691	1.677	1.648
ACCIDENTS DE TRAVAIL EN JOURNÉE DE TRAVAIL MORTELS	2012	2013	2014	2015 (provisoire)
TOTAL	452	447	467	500
AGRAIRE	60	51	81	59
INDUSTRIE	102	97	86	128
BÂTIMENT	77	62	73	76
SERVICES	213	237	227	237

Dans la période d'étude, comprise entre les ans 2012 et 2015, le taux d'accidents en Espagne a été en augmentant graduellement. Cette tendance accrue a touché surtout le taux d'incidence totale.

L'évolution du taux d'incidence d'accidents mortels (accidents en journée de travail mortels pour chacun des 100.000 travailleurs affiliés avec l'éventualité d'accident de travail et maladie professionnelle couverte) a été très similaire pendant cette période (2012-2015), bien qu'on perçoive aussi une certaine tendance à la hausse.

On a incorporé les données correspondantes aux accidents graves et mortelles dans le but de mettre en application la **demande d'information additionnelle du CES (page 9 du document Conclusions XX-2 (2013) – SPAIN)**.

Tableau 2 : Taux d'incidence des accidents en journée de travail avec congé maladie, TOTAUX (exprimé en numéro d'accidents par 100.000 travailleurs). Évolution 2012-2015

	2012	2013	2014	2015(provisoire)
TOTAL	2.948,9	3.009,2	3.111,3	3.189,5
AGRAIRE	4.339,2	4.599,7	4.768,8	5.085,1
INDUSTRIE	4.652,0	4.590,7	4.781,2	5.023,7
BÂTIMENT	6.296,9	6.024,1	6.314,7	6.573,9
SERVICES	2.305,6	2.433,3	2.513,7	2.541,1

TABLEAU 3 : Taux d'incidence des accidents en journée de travail, MORTELS (exprimé en numéro d'accidents mortels par 100.000 travailleurs). Évolution 2012-2015.

	2012	2013	2014	2015(provisoire)
TOTAL	3,26	3,33	3,42	3,55
AGRAIRE	10,27	8,47	12,77	9,36
INDUSTRIE	5,35	5,33	4,72	6,86
BÂTIMENT	9,45	8,89	10,71	10,58
SERVICES	2,02	2,30	2,16	2,18

Dans les conclusions du 25^{ème} Rapport sur l'article 3, paragraphe 2, on a prié l'Espagne de que dans le rapport suivant comprenant cet aspect apporte l'information statistique requise de sorte que les concepts auxquels concernent les données disponibles fournies tant par EUROSTAT que par l'Espagne soient éclaircis.

On apporte les données statistiques sur accidents de travail dans la période 2008-2014, selon les statistiques suivantes :

- **Statistique Européenne d'Accidents de Travail**, dont l'élaboration est fondée sur ce qui est stipulé dans les Règlements Européens n° 1338/2008, du 16 décembre, du Parlement Européen et du Conseil et n° 349/2011, du 11 avril, de la Commission et dans la méthodologie statistique élaborée par Eurostat.

- **Statistique Espagnole d'Accidents de Travail**, comprise dans le Plan Statistique National, où l'on étudie les cas d'accidents de travail avec congé maladie reconnus légalement en Espagne soufferts par les affiliés à la Sécurité Sociale avec les éventualités professionnelles couvertes.

Le numéro d'accidents de travail diffère entre ces statistiques étant donné que pour l'élaboration de celles-ci l'on utilise des méthodologies différentes, qui recherchent des objectifs différents. Dans le cas de la statistique européenne principalement on souhaite pouvoir avoir une statistique homogène pour toute l'Union Européenne de sorte que l'on puisse comparer des données entre les différents États membres, tandis que dans la statistique nationale on cherche à comprendre tous les cas reconnus comme accident de travail suivant la réglementation nationale, au-delà de ce qui est envisagé dans la statistique européenne.

Statistique Européenne d'Accidents de Travail

Accidents en Espagne

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Non mortels	689.13 1	535.45 6	493.78 9	445.46 2	355.81 1	370.17 6	n.d.
Mortels	529	390	338	365	299	270	n.d.

Taux d'incidence standardisé en Espagne (accidents par 100.000 travailleurs)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Non mortels	4.339,70	3.545,74	3.203,47	3.054,89	2.568,35	2.580,57	n.d.
Mortels	3,33	2,58	2,19	2,50	2,16	1,88	n.d.

Source : Eurostat. Données publiées en date du 28 avril 2016

Cas compris :

Accidents de travail avec congé supérieur à 4 jours naturels (sans compter le jour de commencement du congé) ou avec résultat d'incapacité permanente ou décès.

Cas exclus:

- Accidents avec congé de 1 à 3 jours naturels (sans compter le jour de commencement du congé).
- Accidents *in itinere*.
- Accidents survenus par des causes strictement naturelles.
- Suicides, tentatives de suicide et d'autres lésions causées à lui-même intentionnellement.

Population de travailleurs dont les accidents de travail sont compris dans cette statistique :

Affiliés à la Sécurité sociale avec les éventualités professionnelles couvertes.

À partir de l'année 2013, en application du Règlement 349/2011, du 11 avril, de la Commission on comprend les données d'accidents de travail de tous les travailleurs salariés, c'est pourquoi on intègre à la population de travailleurs de référence de cette statistique la partie du secteur public dont les accidents de travail sont couverts par des systèmes spéciaux pour fonctionnaires publics.

Note :

Données de l'année 2014, non disponibles encore.

Dans les données d'accidents mortels, on a lieu un changement de définition en 2011 :

- Jusqu'à 2010, on considère ceux-là avec décès aux 0-5 jours après l'accident.
- Depuis 2011, on considère ceux-là avec décès dans la période d'une année après l'accident.

Évolution des résultats :

Dans la période 2008/2012 on observe une diminution ou réduction du taux d'incidence standardisé dans la statistique européenne dès 4.339,70 accidents par 100.000 travailleurs dans l'année 2008 jusqu'à 2.568,35 dans l'année 2012, tout en ayant lieu les plus grandes réductions dans les années 2009 et 2012. Dans l'année 2013 on freine la tendance à la baisse, tout en expérimentant une augmentation de ce taux d'incidence standardisé, en restant en 2.580,57 accidents par 100.000 travailleurs dans l'année 2013.

En ce qui concerne les accidents mortels, on observe une diminution dès 3,33 accidents mortels par 100.000 travailleurs en 2008 jusqu'à 1,88 en 2013.

Statistique Espagnole d'Accidents de Travail

Accidents

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
TOTAL	804.959	617.440	569.523	512.584	408.537	404.284	424.625
Mortels	810	632	569	551	452	447	467

Taux d'incidence (accidents par 100.000 travailleurs)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
TOTAL	5.210,8	4.263,4	4.000,1	3.633,8	2.949,0	3.009,2	3.111,3
Mortels	5,24	4,36	4,00	3,91	3,26	3,33	3,42

Source : Ministère de l'Emploi et de la Sécurité Sociale. Données publiées en date du 28 avril 2016

Cas compris :

Accidents de travail reconnus sur la base de ce qui est établi dans la réglementation légale espagnole, avec congé de 1 ou plus jours (sans compter le jour de commencement du congé) ou avec résultat d'incapacité permanente ou décès.

C'est-à-dire, dans cette statistique on comprend :

- Accidents avec congé de 1 à 3 jours naturels (sans compter le jour de commencement du congé).
- Accidents survenus par causes strictement naturelles (infarctus, hémorragies cérébrales, etc.) qui impliquent le 40% environ des accidents mortels.
- Suicides, tentatives de suicide et d'autres lésions causées à lui-même intentionnellement.

Cas exclus:

- Accidents *in itinere*, que bien qu'ils aient aussi une reconnaissance légale comme accidents de travail sont étudiés séparément.

Population de travailleurs dont les accidents de travail sont compris dans cette statistique :

Affiliés à la Sécurité Sociale avec les éventualités professionnelles couvertes.

Note :

Dans les données d'accidents mortels on considère ces accidents avec décès aux 0-5 jours après l'accident.

Évolution des résultats :

Dans la période 2008-2012 on observe une diminution ou réduction dans le taux d'incidence de la statistique de domaine national dès 5.210,8 accidents par 100.000 travailleurs en 2008 jusqu'à 2.949,0 dans l'année 2012, tout en ayant lieu les plus grandes réductions dans les années 2009 et 2012. Dans l'année 2013 s'inverse la tendance, en ayant lieu d'augmentations dans le taux d'incidence en 2013 et 2014. On a eu 3.111,3 accidents par 100.000 travailleurs dans l'année 2014.

En ce qui concerne les accidents mortels, on observe une diminution dès 5,24 accidents mortels par 100.000 travailleurs en 2008 jusqu'à 3,26 en 2012. La tendance s'inverse aussi en 2013 tout en ayant lieu un taux d'incidence de 3,42 accidents mortels par 100.000 travailleurs en 2014.

MESURES PRISES POUR LA MISE EN PRATIQUE DE LA RÉGLEMENTATION EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ PROFESSIONNELLE. DONNÉES DU SERVICE D'INSPECTION DU TRAVAIL ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.

a) **Inspection du Travail et Sécurité Sociale. Cadre Réglementaire.**

La surveillance et exigence de l'application de la réglementation en matière de prévention de risques professionnels incombe à l'Inspection du travail et de la Sécurité Sociale conformément à ce qui est prévu dans son actuel Loi régulatrice, **Loi 23/2015, du 21 juillet, Ordonnatrice du Système d'Inspection du Travail et Sécurité Sociale.** Cette norme remplace la Loi 42/1997, du 14 novembre, de référence en rapports précédents.

La réglementation concernant l'organisation et fonctionnement de l'Inspection du Travail et de Sécurité Sociale, est complétée par les normes qui sont mentionnées ci-après :

- **Décret Royal 138/2000, du 4 février,** en vertu duquel on adopte le Règlement d'Organisation et Fonctionnement de l'Inspection du Travail et de Sécurité Sociale.
- **Décret Royal 928/1998, du 14 mai,** en vertu duquel on adopte le règlement général sur les procédures pour l'application des sanctions par infractions d'ordre social et pour les dossiers de liquidation des cotisations de la Sécurité Sociale.

En outre nous devons faire référence au **Décret-loi Royal 5/2000, du 4 août,** en vertu duquel on adopte le Texte Refondu de la Loi sur Infractions et Sanctions dans l'Ordre Social.

Depuis l'envoi du dernier rapport, qui comprend dès la période 1 janvier 2008 jusqu'à 31 décembre 2011, on a eu lieu d'importantes nouveautés en ce qui concerne les normes régulatrices du Système d'Inspection du Travail et de Sécurité Sociale, qui nous passons à indiquer :

- En premier lieu, et comme l'on a déjà indiqué au début de ce paragraphe, l'Inspection du Travail et de Sécurité Sociale dispose d'une nouvelle norme régulatrice, **Loi 23/2015, du 21 juillet, Ordonnatrice du Système d'Inspection du Travail et de Sécurité sociale.**

Le nouveau cadre légal du Système de l'Inspection du Travail et de Sécurité Sociale établi dans cette nouvelle Loi 23/2015 implique une amélioration dans sa modernisation, renforcement institutionnel et plus grande adaptation de l'inspection du travail et Sécurité Sociale aux nouveaux défis du marché du travail, tout en augmentant sa qualité et efficience, tout cela dans le cadre de l'effort effectué par le Royaume de l'Espagne pour la rationalisation, simplification et modernisation des Administrations Publiques.

Spécifiquement concernant la surveillance et contrôle d'application de la réglementation en matière de prévention de risques professionnels, la nouvelle Loi Odonnatrice du Système d'Inspection du Travail et de Sécurité sociale introduit d'importantes modifications puisqu'on crée le Corps de Sous-

inspecteurs du Travail de Sécurité Sociale et Santé du Travail, ce qui permettra d'étendre et de renforcer l'action de l'inspection dans cette matière.

De cette façon, les fonctions concernant la constatation des conditions matérielles de travail ou d'autres analogues en matière préventive, qui ont venu à développer les Inspecteurs de Travail et Sécurité sociale, pourront être exercées aussi par ces Sous-inspecteurs du travail, sous la coordination et direction d'un Inspecteur de Travail et de Sécurité Sociale responsable de l'unité, groupe ou équipe auquel soient affectés, sans préjudice de leur dépendance des organes de direction de l'Inspection du Travail et de Sécurité Sociale (Article 14.1 de la Loi 23/2015).

- On a eu lieu aussi quelques modifications dans le **Règlement d'Organisation et Fonctionnement de l'Inspection du Travail et de la Sécurité sociale, adopté par Décret Royal 138/2000**, par Loi 13/2012, du 26 décembre, de lutte contre l'emploi irrégulier et la fraude à la Sécurité Sociale et par le Décret Royal 1483/2012, du 29 octobre, en vertu duquel l'on adopte le règlement des procédures de licenciement collectif et de suspension de contrats et réduction de la journée.
- On a réformé aussi la teneur du mentionné **Décret Royal 928/1998** comme celles introduites par la mentionnée Loi 13/2012, du 26 décembre, ou par le Décret-loi Royal 5/2013, du 15 mars, de mesures pour favoriser la continuité de la vie professionnelle des travailleurs plus âgés et promouvoir le vieillissement actif¹.
- Enfin, on a introduit de divers changements dans le **Décret-loi Royal 5/2000**, du 4 août, en vertu duquel l'on adopte le texte refondu de la Loi d'Infractions et Sanctions dans l'Ordre Social, à la suite de dispositions comme la Loi 13/2012, du 26 décembre, mentionnée, bien que cela ne touche pas les types d'infraction (articles 11, 12 et 13), ni le montant des sanctions (article 40) en ce qui concerne le non respect de la réglementation de prévention de risques professionnels².

b) **Résumé de l'activité développée par le Système d'Inspection du Travail et Sécurité sociale en ce qui concerne l'article 3 de la Charte sociale Européenne.**

L'activité développée par l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale du Royaume de l'Espagne en cette matière est donnée moyennant deux sortes d'actions :

- Une action proactive, reflétée par les campagnes effectuées selon la programmation annuelle élaborée par la Direction Générale de l'Inspection du Travail et de la Sécurité sociale.

¹ On peut accéder à cette norme à <http://www.boe.es/boe/dias/2013/03/16/pdfs/BOE-A-2013-2874.pdf>

² On peut accéder au texte consolidé du Décret-loi Royal 5/2000 dans ce lien : <http://www.boe.es/buscar/pdf/2000/BOE-A-2000-15060-consolidado.pdf>

- Une action réactive, qui tire son origine des plaintes déposées par les employés et la demande de rapports pour part d'autres institutions, comme peuvent être les entités de gestion et les services communs de la Sécurité Sociale et les Conseils des Prud'Hommes.

Dans le suivant tableau on résume l'activité de l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale dans le domaine d'application de l'article 3 de la Charte Sociale Européenne pendant la période 2012-2015, ainsi que les résultats de cette activité. On doit avertir que toutes les données correspondantes à l'année 2015 ont un caractère provisoire.

ACTIVITÉ DE L'INSPECTION DU TRAVAIL ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DE RISQUES PROFESSIONNELS³

TOTAL NATIONAL

TYPE D'ACTIVITÉ	2012	2013	2014	2015
(1)	93.305	78.847	73.804	69.928
ACTIONS	379.395	340.120	306.223	317.431
INFRACTIONS RECUEILLIES DANS LES PROCÈS-VERBAUX (2)	15.983	14.103	14.033	15.483
MONTANT DES SANCTIONS PROPOSÉES	46.595.014,76	40.034.054,64	40.530.739,58	40.215.142,77
TRAVAILLEURS TOUCHÉS PAR LES INFRACTIONS	84.266	75.943	79.679	185.702
MISES EN DEMEURE	112.637	101.522	91.938	104.818
PARALYSATIONS	197	140	179	153
PROPOSITIONS DE MAJORATION	2.881	2.686	2.615	2.864
ACCIDENTS DE TRAVAIL RECHERCHÉS PAR L'INSPECTION	9.244	8.968	8.615	8.796
N° D'INFRACTIONS CONSTATÉES EN ACCIDENTS RECHERCHÉS	2.809	2.692	2.606	2.822

(1) Découlant d'Ordres de Service dont l'affaire principale correspondre à la matière de Prévention de Risques Professionnels.

(2) Comprend les mises en demeure pratiquées à l'Administration.

QUESTIONS POSÉES PAR LE COMITÉ EUROPÉEN DE DROITS SOCIAUX

En ce qui concerne le paragraphe 2 de l'article 3 de la Charte Sociale Européenne des DROITS SOCIAUX (CEDS), dans son rapport d'application de la teneur de cet article pour part de l'Espagne pendant la période 2008-2011, fait référence à plusieurs questions en ce qui concerne l'organisation et l'activité développée par l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale; des questions par rapport auxquelles le CEDS demande de le fournir information pour décider sur la conformité du Royaume de l'Espagne à la teneur de la Charte. Les questions posées sont les suivantes:

³ Source: Années 2012 à 2014 Rapports annuels de l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale. Direction Générale de l'Inspection du Travail et de la Sécurité sociale. Année 2015: Résumé Général d'ordres de service (Exclusivité à 12 avril 2016). Toutes les données de l'année 2015 ont un caractère provisoire.

En premier lieu, le CEDS remarque que dans le rapport précédent on n'a pas fourni de nouvelles données sur la structure et compétences des départements de l'inspection, et que dans ce rapport on citait simplement la Loi 42/1997.

Tel qu'on a exposé au début de ce rapport, la Loi 23/2015 constitue la nouvelle norme régulatrice du Système d'Inspection du travail et de la Sécurité Sociale. Cette nouvelle norme, en ce qui concerne la prévention de risques professionnels, est rattachée à l'actuel cadre de référence des politiques publiques en matière de sécurité et de santé au travail dans le Royaume de l'Espagne qui constitue la **Stratégie Espagnole de Sécurité et de Santé au Travail 2015-2020** (désormais Stratégie), adoptée d'un commun accord préalablement par l'Administration Générale de l'État, les Communautés Autonomes et les Partenaires Sociaux.

La Stratégie, entre d'autres questions, met l'accent sur le besoin de revaloriser et renforcer les institutions avec des compétences en prévention de risques professionnels, ainsi que renforcer la puissance de la coordination et la collaboration entre elles. Et de cette façon, dans l'objectif spécifique "*Améliorer l'efficacité des institutions consacrées à la prévention de risques professionnels*", on remarque que les organismes des Administrations Publiques avec compétence en sécurité et santé au travail et qui jouent un rôle important dans le système de prévention, entre eux l'Institut National de Sécurité et d'Hygiène au Travail, les organes techniques compétents des Communautés Autonomes ou l'Inspection du Travail et de la sécurité Sociale, requièrent d'une revalorisation et renforcement, ainsi que d'une transformation et adéquation de leurs structures d'organisation et fonctionnelles dans le but d'améliorer leur capacité de réponse aux demandes de la société.

Par conséquent, la Stratégie envisage le nécessaire renforcement, entre d'autres organes, de l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale, moyennant l'adéquation de sa structure, organisation et fonctionnement, en améliorant avec cela l'action de l'inspection, tout en alliant l'activité de prévention à l'activité réactive.

La nouvelle Loi 23/2015 vient à donner réponse, entre d'autres questions, aux orientations établies dans la Stratégie en matière de prévention de risques professionnels, tout en prenant en considération en outre le reste de matières objet de surveillance et de contrôle d'application pour part de l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale (relations du travail, Sécurité Sociale, Emploi, emploi...). Et de cette façon, dans le Préambule de cette nouvelle disposition on remarque que la nouvelle norme vient à couvrir le besoin de renforcer institutionnellement le Système d'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale comme condition pour maintenir et consolider l'accroissement de son effet.

Cette nouvelle Loi Ordonnatrice, une fois soumise à la considération des Communautés Autonomes, Partenaires Sociaux et associations représentatives des fonctionnaires intégrant des Corps Nationaux d'Inspection, a eu un grand consensus entre ses principaux destinataires.

La Loi comprend une réglementation générale de l'ITSS en recueillant, dans son titre premier, les aspects concernant le Système d'Inspection (notamment en matière de personnel), dans son titre deuxième, les aspects concernant le fonctionnement de l'Inspection et, dans son titre troisième, les aspects concernant l'organisation du Système. En ce qui concerne cette nouvelle Loi, nous soulignons ce qui suit :

En premier lieu, dans son Titre I^{er}, concernant le Système d'Inspection du Travail et de Sécurité Sociale, on définit et on établit son objet dans l'article 1 :

Article 1. Définition et objet du Système d'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale.

1. *Le Système d'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale est constitué par l'ensemble de principes légaux, normes, organes, personnel et moyens matériels, y compris les moyens informatiques, qui contribuent à l'application appropriée de la mission qui a confié, selon ce qui est établi dans la présente loi.*
2. *L'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale est un service public auquel incombe d'exercer la surveillance de l'application des normes d'ordre social et exiger les responsabilités pertinentes, ainsi que l'assistance et, le cas échéant, conciliation, médiation et arbitrage en ces matières, ce qui effectuera conformément aux principes de l'État social et démocratique de Droit qui consacre la Constitution Espagnole, et avec les Conventions numéro 81 et 129 de l'Organisation Internationale du Travail.*

Les normes de l'ordre social auxquelles fait référence le paragraphe précédent comprennent celles concernant les questions du travail, de prévention de risques professionnels, de sécurité sociale et de protection sociale, placement, emploi, formation professionnelle pour l'emploi et protection pour chômage, économie sociale, émigration, mouvements migratoires et travail des étrangers, égalité de traitement et des chances et non discrimination dans l'emploi, ainsi que toutes autres attribuant la surveillance de son application à l'Inspection du Travail et de la Sécurité sociale.

Dans ce Titre I on fixe d'une façon claire les principes ordonnateurs du Système d'Inspection (article 2), entre eux :

- Conception unique et intégrale du Système.
- Unité de fonction et d'action d'inspection dans toutes les matières de l'ordre social.
- Réserve de la fonction d'inspection dans l'ordre social aux fonctionnaires du Corps Supérieur d'inspecteurs du Travail et de la Sécurité Sociale et du Corps de Sous-inspecteurs du Travail.
- Organisation et développement de l'activité conformément aux principes du travail programmé et en équipe.
- Accès et convocation uniques dans les Corps Nationaux d'Inspecteurs du travail et de la Sécurité Sociale et de Sous-inspecteurs du Travail, moyennant des processus de sélection unitaires de caractère public.
- Mobilité entre les Administrations Publiques dans les processus de création de postes de travail.

Par ailleurs, la nouvelle Loi consolide le caractère National des Corps d'Inspection et on reconnaît expressément ce caractère pour les deux Corps (tant aux Inspecteurs qu'aux Sous-inspecteurs). (Article 3.2).

La nouvelle Loi crée, tel qu'on a remarqué précédemment, un nouveau Corps de Sous-inspecteurs du Travail avec deux échelles différentes (article 3.3): L'une d'elles correspondante au Corps de Sous-inspecteurs d'Emploi et de Sécurité Sociale (visé à la Loi 42/1997 précédente) et l'autre, de nouvelle création, qui groupe les nouveaux Sous-inspecteurs du Travail de Sécurité et Santé du Travail.

Dans le Titre II de cette Loi 23/2015, concernant le fonctionnement du Système, on met à jour les fonctions chargées aux Inspecteurs du Travail et de la Sécurité Sociale en les adaptant à la réglementation en vigueur. Ainsi, par exemple, on comprend les normes en matière d'égalité de traitement et non discrimination au travail et à l'emploi, ou les normes qui règlent le déplacement des travailleurs dans le cadre d'une prestation de services de caractère transnational (article 12.1). Des compétences qui étaient recueillies précédemment déjà dans sa propre réglementation régulatrice spécifique, mais qui maintenant s'intègrent d'une façon explicite dans la Loi Ordonnatrice de l'ITSS.

Étant donné son importance d'un point de vue de la demande formulée par le CEDS, on transcrit la teneur des articles 12, 13 et 14 de la nouvelle Loi Ordonnatrice, concernant, respectivement, la fonction d'inspection, les facultés des Inspecteurs du travail et de la Sécurité Sociale pour l'exercice de leurs compétences et les fonctions des Sous-inspecteurs du Travail.

“Article 12. De la fonction d'inspection.

La fonction d'inspection, qui sera exercée par fonctionnaires du Corps Supérieur d'Inspecteurs du Travail et de Sécurité sociale, en entier, et par les fonctionnaires du Corps de Sous-inspecteurs du Travail, aux termes établis dans cette Loi, comprend les suivantes tâches :

- 1. De surveillance et exigence de l'application des normes légales, réglementaires et de la teneur des accords et conventions collectives, dans les domaines suivants :*
 - a) Système de relations du travail.*
 - 1. ° Normes en matière de relations du travail individuelles et collectives.*
 - 2. ° Normes sur protection, droits et garanties des représentants des travailleurs.*
 - 3. ° Normes en matière de tutelle et promotion de légalité de traitement et des chances et non discrimination au travail.*
 - 4. ° Normes en matière de déplacement de travailleurs dans le cadre d'une prestation de services transnationale.*
 - b) Prévention de risques professionnels*

1. ° Normes en matière de prévention de risques du travail, ainsi que les normes juridiques et techniques influant sur les conditions de travail en cette matière.

2. ° Exercice des fonctions de recherche d'accidents de travail et maladies professionnelles.

c) *Système de la Sécurité sociale.*

1. ° Normes en matière de champ d'application, inscription, affiliation, déclarations d'existence et de radiation des travailleurs, cotisation et recouvrement de cotisations du Système de la Sécurité Sociale.

2.° Normes sur obtention et jouissance des prestations du Système de la Sécurité Sociale, y compris les prestations pour chômage et la prestation pour cessation d'activité, ainsi que des systèmes d'amélioration volontaires de l'action de protection de la Sécurité Sociale, outre toutes les modalités de systèmes complémentaires volontaires établis par convention collective.

3.° Normes sur Mutuelles Collaboratrices avec la Sécurité sociale et sur d'autres façons de collaboration dans la gestion de la Sécurité Sociale, ainsi que l'inspection de la gestion et fonctionnement des entités et entreprises qui collaborent dans celle-ci ou dans la gestion d'autres prestations ou aides de protection sociale, sans préjudice de l'exercice des fonctions de direction de la comptabilité et de contrôle de la gestion économique et financière attribuée aux organes de contrôle compétents dans cette matière.

4. ° L'exercice de l'inspection de la Sécurité Sociale par le Ministère de l'Emploi et de la Sécurité Sociale, conformément à ce qui est établi dans l'article 5.2.d) du texte refondu de la Loi Générale de la Sécurité Sociale, adopté par le Décret-loi Royal 1/1994, du 20 juin.

5. ° L'exercice d'autres fonctions d'inspection en matière de Sécurité Sociale, aux termes établis dans sa réglementation régulatrice.

d) *Emploi.*

1. ° Normes en matière de placement et d'emploi.

2. ° Contrôle de la mise en oeuvre des subventions, aides d'encouragement de l'emploi ou toutes autres établies dans les programmes d'appui à la création d'emploi ou à la formation professionnelle pour l'emploi, conformément à la réglementation établie à cet effet, sans préjudice de l'exercice du contrôle financier des subventions par les organes compétents en cette matière.

3. ° Normes en matière de formation professionnelle pour l'emploi, différentes de celles indiquées dans le numéro précédent, sauf lorsque la réglementation autonome dispose d'autres formules d'inspection dans la matière.

4. ° Normes en matière d'entreprises de travail temporaire et bureaux de placement.

e) *Migrations.*

1. ° Normes en matière de mouvements géographiques.
2. ° Normes en matière de travail d'étrangers.
 - f) *Coopératives et d'autres fomules d'économie sociale, ainsi qu'aux conditions de constitution de sociétés du travail, sauf que la législation autonome respective dispose le contraire dans son domaine d'application.*
 - g) *Tous autres domaines dont la surveillance soit chargée légalement à l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale.*
2. *D'assistance technique.*
 - a) *Donner information et assistance technique aux entreprises à l'occasion de l'exercice de la fonction d'inspection, notamment aux petites et moyennes entreprise, dans le but de les faciliter une meilleure application des dispositions de l'ordre social.*
 - b) *Fournir information et assistance technique aux travailleurs et à leurs représentants ; les communiquer les résultats et conséquences des actions d'inspection lorsqu'il y ait dénonciation pour part de ceux-là, aux termes établis dans l'article 20.4 ; et les indiquer les voies administratives ou judiciaires pour la satisfaction de leurs droits, lorsque ceux-ci auraient été touchés par manquements patronaux constatés dans les actions d'inspection.*
 - c) *Prêter assistance technique à entités et organismes de la Sécurité sociale, et aux autorités compétentes de l'Administration Générale de l'État et des Communautés Autonomes, lorsque cette assistance technique leur soit demandée.*
 - d) *Informers, assister et collaborer avec d'autres organes des Administrations Publiques en ce qui concerne l'application de normes d'ordre social, ou la surveillance et contrôle d'aides et subventions publiques.*
 - e) *Émettre les rapports demandés par les organes judiciaires compétents, dans le domaine des fonctions et compétences d'inspection, lorsqu'ainsi soit établi par une norme légale.*
3. *De conciliation, médiation et arbitrage.*
 - a) *La conciliation et la médiation en grèves et d'autres conflits lorsque celles-ci soient acceptées par les parties.*
 - b) *L'arbitrage en grèves et d'autres conflits du travail lorsque les parties expressément le demandent, aiinsi que dans les cas légalement établis.*

La fonction d'arbitrage pour part de l'Inspection, sans préjudice des fonctions techniques d'information et assistance, si celle-ci est demandée par n'importe quelle des parties, sera incompatible avec l'exercice simultanée

de l'action d'inspection par la même personne qui aurait attribuée cette fonction sur les entreprises soumises à son contrôle et surveillance.

- c) *Les inspecteurs du Travail et de la Sécurité Sociale garderont la due réserve sur l'information obtenue dans l'exercice direct des fonctions d'arbitrage ou médiation et ne la communiqueront pas aux services d'inspection pour l'exercice des fonctions de surveillance et contrôle à laquelle fait référence le paragraphe 1.*

Les fonctions de conciliation, médiation et arbitrage de l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale seront développées sans préjudice des facultés attribuées à d'autres organes des Administrations Publiques et aux organes instaurés par les systèmes de résolution de conflits du travail fondés et gérés par l'autonomie collective”.

Article 13. Facultés des inspecteurs du Travail et de la Sécurité Sociale pour l'exercice de leurs compétences.

Dans l'exercice de ses fonctions, les inspecteurs du Travail et de la Sécurité Sociale ont le caractère d'autorité publique et sont autorisés pour :

1. *Entrer librement en tout moment et sans avis préalable dans tout centre de travail, établissement ou lieu soumis à inspection et à rester dans celui-ci. Si le centre soumis à inspection coïnciderait avec le domicile d'une personne physique, ils devront obtenir son exprès consentement ou, à défaut, l'opportune autorisation judiciaire.*

En effectuant une visite d'inspection, ils devront décliner leur identité d'une façon documentaire et communiquer leur présence à l'employeur ou à son représentant ou personne soumise à inspection, à moins qu'ils considèrent que cette identification et communication puissent porter atteinte au succès de leurs fonctions.

2. *Les inspecteurs devront se faire accompagner dans les visites d'inspection par l'employeur ou son représentant, les travailleurs, leurs représentants et par les experts et techniciens de l'entreprise ou de leurs entités d'assistance qui considèrent nécessaire pour le meilleur développement de la fonction d'inspection, ainsi que pour d'experts appartenants à l'Administration ou d'autres habilités officiellement.*
3. *Pratiquer toute diligence de recherche, examen, reconstruction ou preuve qu'ils considèrent nécessaire pour effectuer la fonction prévue dans l'article 12.1 et, en particulier, pour :*
 - a) *Requérir information, seul ou devant témoins, à l'employeur ou au personnel de l'entreprise sur toute affaire concernant l'application des dispositions légales, ainsi qu'à exiger l'identification, ou raison de sa présence, des personnes qui se trouvent dans le centre de travail inspecté.*
 - b) *Exiger la comparution de l'employeur ou de ses représentants et responsables, des travailleurs, des percepteurs ou demandeurs de prestations sociales et de tous les sujets compris dans son domaine*

d'action, dans le centre inspecté ou dans les bureaux publics désignés par l'inspecteur agissant.

- c) Examiner dans le centre ou lieu de travail toute sorte de documentation avec importance dans la vérification de l'application de la législation de l'ordre social, tels que: livres, registres, y compris les programmes informatiques et archives en support magnétique, déclarations officielles et comptabilité, documents d'inscription, affiliation, déclaration d'existence et de radiation des travailleurs, certificats du paiement de cotisations ou prestations de Sécurité Sociale; documents justificatifs de rémunérations; documents exigés dans la réglementation de prévention de risques professionnels et tous autres documents concernant les matières soumises à inspection. L'inspecteur est autorisé pour requérir la production de cette documentation dans les bureaux publics correspondants.*

Lorsque les livres, registres, documents ou information que l'obligé doit garder en ce qui concerne l'accomplissement des obligations, propres ou de tiers, établies dans les normes d'ordre social, ainsi que toute autre donnée, rapport, précédent ou certificat avec importance pour la fonction d'inspection, soient gardés en support électronique, on devra fournir en ce support et en format traitable, lisible et compatible avec ceux d'utilisation répandue dans le moment où l'action d'inspection soit effectuée, lorsqu'ainsi serait requis.

- d) Prendre ou tirer prélèvements des substances et matériels utilisés ou manutentionnés dans l'établissement, faire des mesures, obtenir des photographies, vidéos, enregistrement d'images, dresser des croquis et plans, à la condition que l'on notifie à l'employeur ou à son représentant et obtenir des copies et relevés des documents auxquels fait référence le paragraphe 3.c).*
- 4. Prendre, en tout moment du développement des actions, les mesures conservatoires qui considèrent opportunes et soient proportionnée à leur fin, pour empêcher la destruction, la disparition ou la modification des documents mentionnés dans le paragraphe précédent, à la condition que ne provoquerait pas préjudice d'une difficile ou impossible réparation aux sujets responsables ou impliquerait violation de droits.*
- 5. Procéder, le cas échéant, en quelles que soient des formes auxquelles fait référence l'article 22.*

Article 14. Fonctions des Sous-inspecteurs du Travail.

- 1. Les fonctionnaires du Corps de Sous-inspecteurs du Travail sont autorisés à développer des fonctions d'inspection et exercer les compétences attribuées dans cet article, sous la direction et supervision technique de l'Inspecteur du Travail et de la Sécurité Sociale responsable de l'unité, groupe ou équipe auquel sont affectés, sans préjudice de leur dépendance des organes de direction de l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale.*

2. Aux Sous-inspecteurs du Travail, appartenants à l'Échelle d'Emploi et de Sécurité Sociale, leur incombera agir dans les suivantes matières, aux termes qui soient établis réglementairement :

- a) La constatation de l'application des normes en matière d'emploi, accès à l'emploi, primes, subventions, aides et d'autres incitations ou mesures pour l'encouragement de l'emploi ou la formation professionnelle pour l'emploi.
- b) La constatation de l'application des normes interdisant l'admission au travail aux mineurs de 16 ans.
- c) La constatation de l'application de la réglementation sur les modalités contractuelles, contrats à durée déterminée et temporaires.
- d) La constatation de l'application des normes en matière de champ d'application, inscription d'entreprises, affiliation, déclarations d'existence et de radiation des travailleurs, cotisation et recouvrement du Système de la Sécurité Sociale, ainsi que celles de collaboration obligatoire des entreprises dans la gestion de la Sécurité Sociale, et celles d'obtention, perception et jouissance des prestations de la Sécurité Sociale, y compris celles de chômage et celles de cessation d'activité.
- e) La constatation de l'application des conditions requises par la réglementation sur travail des étrangers en Espagne.
- f) La collaboration dans la recherche et assignation des biens susceptibles de saisie pour l'effet de la voie d'exécution et l'identification du sujet débiteur, ou des responsables solidaires ou subsidiaires lorsqu'il appartiendra, en tous ces cas qui fassent référence ou touchent l'application des normes de l'ordre social.
- g) L'assistance aux employeurs et travailleurs afin de l'accomplissement de leurs obligations, à l'occasion de l'exercice de leur fonction d'inspection.
- h) Toutes autres fonctions d'une similaire nature qui leur seraient chargées par les responsables de l'unité, groupe ou équipe auquel soient affectés pour le développement des tâches de l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale, dans le cadre de leurs compétences.

3. Aux Sous-inspecteurs, appartenants à l'Échelle de Sécurité et Santé du Travail, leur incombera agir dans les suivantes matières, aux termes qui soient établis réglementairement :

- a) La constatation de l'application de la réglementation de prévention de risques professionnels dans les aspects qui touchent directement les conditions matérielles de travail.
- b) La surveillance de l'application de la réglementation juridique et technique avec incidence sur matière de prévention de risques professionnels.
- c) Programmes d'action préventive de l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale découlant de l'analyse du taux d'accidents du travail.

- d) *L'information et l'assistance aux employeurs et travailleurs, à l'occasion de l'exercice de leur fonction d'inspection, sur la façon la plus efficace d'application de la réglementation de prévention de risques professionnels.*
 - e) *Toutes autres fonctions d'une nature analogue qui leur seraient chargées par les responsables de l'unité, groupe ou équipe auquel soient affectés pour le développement des tâches de l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale, dans le cadre de leurs compétences.*
4. *En exécution des ordres de service reçus pour l'exercice de leurs fonctions, les Sous-inspecteurs du Travail, qui auront la considération d'agents de l'autorité, sont autorisés à procéder de la façon établie dans les paragraphes 1 à 4 de l'article 13.*
5. *À la suite des fonctions d'inspection qui effectuent, les Sous-inspecteurs du Travail de l'Échelle d'Emploi et Sécurité Sociale pourront procéder de la façon stipulée dans les paragraphes 1, 2, 5, 6, 7, 8, 16, 17 et 18 de l'article 22. Les Sous-inspecteurs du travail de l'Échelle de Sécurité et Santé du Travail pourront procéder de la façon prévue dans les paragraphes 1, 2, 5, 12 et 18 de cet article 22, ainsi que communiquer intérieurement les actions auxquelles font référence les paragraphes 7, 9 et 10 du même article.*

Les procès-verbaux d'infraction et, le cas échéant, de liquidation effectuées par les Sous-inspecteurs du Travail, seront visés par l'Inspecteur du Travail et de la Sécurité Sociale sous dont la direction technique agissent, aux termes et cas qui soient déterminés réglementairement, en fonction de la nature ou qualification de l'infraction ou du montant de la sanction proposée”.

On peut remarquer que dans la nouvelle Loi Ordonnatrice on règle avec un plus grand détail les fonctions d'assistance technique et conseil de l'Inspection (article 12.2), en même temps qu'on étend les fonctions des Sous-inspecteurs d'Emploi et de Sécurité Sociale (qui passent à être dénommés Sous-inspecteurs du Travail d'Emploi et Sécurité Sociale) avec l'attribution de fonctions d'inspection en matière des contrats, ainsi qu'en travail de mineurs de 16 ans (article 14.2) qui la Loi précédente 42/1997 n'envisageait pas.

En ce qui concerne les Sous-inspecteurs du Travail de Sécurité et de Santé, tel qu'on a indiqué au début de ce rapport, ils auront des fonctions en matière de constatation ou vérification de l'application de la réglementation qui touche directement les conditions matérielles de travail (c'est-à-dire, les situations de sécurité, santé et hygiène dans un poste de travail concret), des actions en programmes d'action préventive fondés sur l'analyse du taux d'accidents de travail, ainsi que celles d'information et assistance aux entreprises et travailleurs (article 14.3).

La nouvelle Loi reconnaît expressément la protection du personnel avec une tâche d'inspection (inspecteurs et sous-inspecteurs) contre les actes de violence, contrainte, menace ou influence illicite qui pourraient les toucher. En outre on étend aux Sous-inspecteurs que leurs actions ne soient pas considérées une intromission illégitime à l'effet de la Loi Organique de protection du droit à l'honneur, l'intimité personnelle et familiale et la propre image.

Par ailleurs, la Loi 23/2015 prévoit la collaboration d'autres autorités et agents d'elle dans les actions de l'Inspection, moyennant la possibilité que les faits qui auraient été constatés directement par ces autorités et agents, évaluation et qualification juridique préalable pour part de l'ITSS, puissent être allégués comme preuve par l'Inspection dans les procédures entamées par celle-ci, tout cela selon ce qui soit établi dans les Conventions de collaboration signées à l'effet (article 16.8).

On prévoit aussi la collaboration de l'Inspection avec les Autorités des États membres de l'Union Européenne avec compétences équivalentes à celles de l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale.

On souligne aussi la réglementation du Système d'Information de l'ITSS, le niveau de protection des données (adéquation à la Loi Organique de Protection des Données), ses caractéristiques et utilisation pour part des fonctionnaires du Système d'Inspection (article 24).

Mais peut-être la nouveauté la plus importante de la nouvelle Loi Ordonnatrice du Système d'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale soit la création de l'"Organisme de l'État de l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale" comme Organisme Autonome doté de personnalité juridique, affecté au Ministère de l'Emploi et de la Sécurité Sociale (article 27).

Conformément à la nouvelle réglementation, l'Organisme de l'État de l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale aura un Conseil Recteur, présidé par le titulaire du Ministère de l'Emploi et de la Sécurité Sociale et avec représentation paritaire de l'État et des Communautés Autonomes, un Conseil Général, comme organe de participation institutionnelle, et un Directeur, qui exercera les fonctions propres de l'Autorité Centrale de l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale, conformément à ce qui est établi dans la Convention 81 de l'Organisation Internationale du Travail.

À niveau territorial, la Loi 23/2015 établit qu'en chacune des Communautés Autonomes aura une Direction Territoriale, sauf dans ces Communautés Autonomes qui auraient reçu le transfert de l'exercice de la fonction publique d'inspection et les services de l'Inspection du travail, où l'on décidera conformément à ce qui soit convenu dans les mécanismes de coopération bilatérale.

On institue en outre la figure de l'Autorité Autonome de l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale", qui sera le poste désigné par chacune des Communautés Autonomes pour exercer spécifiquement ces fonctions, en assumant la représentation de sa Communauté Autonome dans le Conseil Recteur de l'Organisme Autonome de l'ITSS.

En ce qui concerne la coopération entre l'Administration Générale de l'État et les Communautés Autonomes, dans le domaine multilatéral sera effectuée à travers la participation de ces dernières au mentionné Conseil Recteur de l'Organisme de l'État de l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale. Dans le domaine bilatéral on effectuera à travers une Commission Opérationnelle Autonome de l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale (article 34), coordonnée par le titulaire de la Direction Territoriale et présidée par l'Autorité Autonome de l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale.

En ce qui concerne la coopération entre l'Administration Générale de l'État et les Communautés Autonomes, on prévoit la réalisation de plans et programmes d'action conjoints pour la réalisation d'objectifs de caractère général, et l'utilisation d'un système d'information commun sur l'ensemble du territoire, qui garantisse l'efficacité de l'action et la cohérence et l'homogénéité des données, tout en atteignant un fonctionnement doté de cohésion du Système d'Inspection.

Enfin il faut remarquer que la Loi 23/2015 établit que les Statuts de l'Organisme Autonome de l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale pourront établir un Bureau National de Lutte Contre la Fraude, comme un organe chargé de l'impulsion et coordination de l'application des mesures de lutte contre le travail non déclaré, l'emploi irrégulier et la fraude à la Sécurité Sociale, ainsi qu'une Direction Spéciale avec des compétences d'inspection dans les matières propres de l'Administration Générale de l'État, qui lui permettra d'agir sur l'ensemble du territoire espagnol, ainsi que de coordination des actions correspondantes à matières propres des Communautés Autonomes lorsque celles-ci dépassent le domaine territorial d'une communauté autonome.

Le CEDS remarque aussi que la Stratégie Espagnole en matière de sécurité et de santé au travail (2007-2012) prévoyait l'augmentation du personnel. À ce sujet indique que dans le rapport précédent on n'a pas compris les données d'effectifs de l'inspection du travail, le nombre d'inspections effectuées ou le nombre de travailleurs couverts par les inspections.

En ce qui concerne la demande d'information **concernant les effectifs du Système d'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale**, on intègre plus loin un tableau avec l'évolution du personnel d'inspecteurs et sous-inspecteurs pendant la période 2007-2014.

En ce qui concerne l'évolution du nombre d'effectifs du personnel avec une tâche d'inspection, il convient préalablement attirer l'attention du CEDS sur le cadre de contraction économique mondiale des dernières années, qui a touché aussi notre pays et qui a eu entre ses effets la réduction de l'offre publique d'emploi. Néanmoins, et même malgré cette situation de réduction du budget des Administrations Publiques pour augmenter –et en beaucoup de cas maintenir– leur personnel d'employés, le nombre de fonctionnaires du Corps Supérieur d'Inspecteurs du Travail et de la Sécurité Sociale (les seuls avec compétence en matière de prévention de risques professionnels jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle Loi Ordonnatrice de l'Inspection, Loi 23/2015) est à augmenter pendant les dernières années. Le fait que dans les successives Offres d'Emploi Public correspondantes à ces années de crise économique ait été offert des postes d'Inspecteur de Travail et de la Sécurité Sociale et de Sous-inspecteur d'emploi et Sécurité Sociale, est une claire preuve de l'intérêt et l'effort manifesté par le Royaume de l'Espagne pour améliorer et doter de plus moyens à l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale.

Par exemple, dans le Décret Royal 264/2011, du 28 février, en vertu duquel on adopte l'offre d'emploi public pour l'année 2011⁴, en même temps qu'on indique le besoin de prendre des mesures de contrôle des dépenses publiques et d'austérité dans l'action des Administrations Publiques et on adopte pour cela une stratégie restrictive dans la configuration des offres d'emploi public, on comprend un total de 20 places pour le corps d'Inspecteurs et d'autres 20 places pour le corps de Sous-inspecteurs.

De même en guise d'exemple il faut souligner, que dans l'année 2015 outre les places prévues dans l'offre d'emploi public ordinaire (Décret Royal 196/2015, du 22 mars, en vertu duquel l'on adopte l'offre d'emploi public pour l'année 2015), on a adopté le Décret-loi Royal 3/2015, du 22 mars, en vertu duquel on prévoit une offre d'emploi public extraordinaire et additionnelle pour lutter contre la fraude aux services publics, pour l'impulsion du fonctionnement de l'Administration de la Justice et en application des mesures prévues dans la Loi 27/2013, du 27 décembre, de rationalisation et durabilité de l'Administration Locale.

Ce Décret-loi Royal dans son article 3 établissait ce qui suit:

Article 3. Offre complémentaire dans le domaine de la lutte contre la fraude du travail et de Sécurité Sociale.

Dans l'année 2015 on autorise, additionnellement au nombre de places assignées dans la distribution du taux de reposition prévu dans l'article 21 de la Loi 36/2014, du 26 décembre, du Budget de l'État pour l'année 2015, la convocation de 150 places dans le domaine de la lutte contre la fraude du travail et de Sécurité Sociale, desquelles 19 places dans les Corps Supérieur d'Inspecteurs du Travail et de la Sécurité Sociale, 13 places dans le Corps Supérieur de Contrôleurs et Auditeurs de l'Administration de la Sécurité Sociale, 5 places dans le Corps Supérieur d'Avocats de l'Administration de la Sécurité Sociale, 25 places dans le Corps Supérieur de Techniciens de l'Administration de la Sécurité Sociale, 43 places dans le Corps de Sous-inspecteurs d'Emploi et de la Sécurité Sociale, 27 places dans le Corps de Gestion de l'Administration de la Sécurité Sociale, et 18 places dans le Corps de Gestion de l'Administration de la Sécurité Sociale, une spécialité d'Audit et Comptabilité, moyennant le système d'intégration de nouveau personnel pour exercer ses fonctions dans le Ministère de l'Emploi et de la Sécurité Sociale et dans les Entités de Gestion de la Sécurité Sociale.

L'inclusion de postes d'Inspecteurs et Sous-inspecteurs pendant ces années dans les successives Offres Publiques d'Emploi, a permis d'augmenter le nombre d'Inspecteurs du Travail et de la Sécurité Sociale, et maintenir –et en quelques moments augmenter– le nombre de Sous-inspecteurs d'Emploi et de Sécurité Sociale, et cela malgré le contexte de crise économique et la réduction d'effectifs qui habituellement a lieu à cause de congés, retraites, décès, etc.

Conformément à ce qui est indiqué, dans le tableau qui suit ci-après on peut constater l'évolution d'effectifs avec tâche d'inspection pendant la période 2007-2014.

⁴ On peut accéder à ce Décret Royal 264/2011 dans le suivant lien d'Internet :

<https://www.boe.es/boe/dias/2011/03/01/pdfs/BOE-A-2011-3894.pdf>

**MOYENNE ANNUELLE D'INSPECTEURS ET SOUS-INSPECTEURS DU SYSTÈME
D'INSPECTION DU TRAVAIL ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE⁵**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nombre d'inspecteurs	854	848	891	940	942	959	979	981
Nombre de Sous-inspecteurs	875	888	907	917	924	912	899	861
TOTAL	1.729	1.736	1.798	1.857	1.866	1.871	1.878	1.842

En ce qui concerne la teneur de l'article 3 de la Charte Sociale Européenne, et en ce qui concerne les effectifs de l'inspection avec compétence en matière de prévention de risques professionnels, on peut remarquer que le nombre d'Inspecteurs du Travail et de la Sécurité Sociale a augmenté ses effectifs en 127 fonctionnaires entre l'année 2007 et l'année 2014. En outre, et conformément à la nouvelle structure des corps d'inspection établie dans la Loi 23/2015, il convient aussi d'informer que dans le Décret Royal 105/2016, du 18 mars, en vertu duquel on adopte l'Offre d'Emploi Public pour l'année 2016, on comprend l'offre de 50 places du corps de Sous-inspecteurs du Travail appartenants à l'Échelle de Sécurité et Santé du Travail.⁶

En ce qui concerne la demande formulée par le CEDS sur le nombre d'inspections effectuées et le nombre de travailleurs couverts par ces inspections, on joint un tableau comprenant la période 2008-2015 où l'on détaille les suivantes données :

- a) **Nombre d'entreprises inscrites à la Sécurité Sociale.** Cette donnée fournit information sur le nombre d'entreprises soumises à la surveillance et contrôle pour part du Système d'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale (cela sans préjudice des actions d'inspection précisément orientées à vérifier d'éventuelles situations d'emploi irrégulier, ce qui comprend les entreprises non inscrites à la Sécurité Sociale ou inscrites indûment⁷).

⁵ Source : Année 2007. Rapport Annuel de l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale. Années 2008 à 2014, Rapport Annuel de l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale 2014 (Rapport élaborés conformément aux Conventions 81 et 129 de l'O.I.T.). Direction Générale de l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale.

⁶ On peut accéder à cette disposition dans le suivant lien d'Internet: <https://www.boe.es/boe/dias/2016/03/22/pdfs/BOE-A-2016-2821.pdf>

⁷ Par exemple, d'entreprises sans activité réelle mais avec des travailleurs inscrits pour générer indûment des prestations de Sécurité Sociale ; ou entreprises sans activité réelle en Espagne qui développent réellement leur activité en d'autres pays, et dont les travailleurs figurent comme déplacés dans le cadre d'une prestation de services conformément à la Directive 96/71 CEE.

- b) **Nombre de travailleurs salariés.** Cette donnée sur les travailleurs potentiellement couverts par le service d'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale complète la donnée précédente sur les entreprises inscrites à la Sécurité sociale.
- c) **Centres de travail inspectés.** Concerne le nombre total des lieux de prestation de travail qui ont été inspectés pendant l'année en question. Cette donnée n'est pas équivalente au nombre d'entreprises inspectées, puisqu'une entreprise peut avoir deux ou plus centres de travail.
- d) **Total de visites d'inspection effectuées aux centres et lieux de travail.** Cette donnée n'a pas pour quoi coïncider avec le nombre de centres de travail inspectés, puisque l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale ne requiert pas toujours la visite d'inspection pour effectuer ses vérifications, mais fournit information sur le nombre de centres et lieux de travail soumis à surveillance et exigence d'application de la réglementation de prévention de risques professionnels.
- e) **Total de visites d'inspection effectuées en matière de prévention de risques professionnels.** On recueille ici seulement les visites d'inspection découlant d'ordres de service dont l'affaire principale est concernant la sécurité et la santé du travail. Ici n'on comprend pas les visites d'inspection où l'on constate les conditions de sécurité et de santé des travailleurs lorsque la visite d'inspection découle d'un ordre de service sur matière différente de la prévention de risques professionnels.
- f) **Nombre total d'actions.** Chaque action correspond à une affaire recherchée ou vérifiée (par exemple, si l'on constate discrimination en raison de sexe, vérification de la réglementation sur les heures supplémentaires, vérification de la réglementation sur équipes de protection individuelle, etc.). Les différentes actions d'inspection sont recueillies statistiquement dans une sorte de clés d'action.
- g) **Nombre total d'actions en matière de prévention de risques professionnels.** On comprend ici le total des affaires recherchées dans cette matière.
- h) **Total de travailleurs touchés par les infractions.** Ici concernant tous les travailleurs touchés par tout manquement des matières objet de contrôle et exigence d'application pour part de l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale (prévention de risques professionnels, Sécurité Sociale, emploi, travail d'étrangers, formation professionnelle, réglementation sociale....).
- i) **Total de travailleurs touchés par les infractions en prévention de risques professionnels :** On comprend ici seulement les travailleurs touchés par infractions en matière de sécurité et de santé (PRL).

Tableau de la période 2008-2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nombre d'entreprises inscrites à la Sécurité Sociale	1.332.090	1.264.689	1.280.847	1.210.527	1.171.844	1.158.338	1.256.613
Nombre de travailleurs salariés	16.681.200	16.469.000	15.346.800	15.105.450	14.241.775	13.705.500	14.285.800
Centres de travail inspectés	610.774	666.902	680.580	679.807	701.817	417.615	395.889
Total de visites d'inspection	352.922	362.028	360.252	356.535	364.134	344.046	327.585
Visites d'inspection en PRL (1)	97.789	88.368	86.275	79.276	93.305	78.847	73.804
Total d'actions	1.047.977	1.122.513	1.193.736	1.184.626	1.244.535	1.247.092	1.161.899
Actions PRL	363.882	366.196	388.249	374.727	379.395	340.120	306.223
Total des travailleurs touchés par les infractions (toutes matières)	680.237	470.953	571.866	451.861	356.201	367.741	387.508
Total des travailleurs touchés par les infractions (PRL)	320.551	182.244	192.125	123.598	84.266	75.943	79.679

Tout en prenant en considération les données fournies sur l'activité développée par le Système d'Inspection (2008-2011), le CEDS demande explications sur la réduction de l'activité développée par l'inspection.

Avant aborder la spécifique demande effectuée par le CEDS, nous considérons convenable d'effectuer quelques considérations et précisions préalables.

En premier lieu, et tel qu'on est à indiquer dans les successifs rapports d'application de la Charte Sociale Européenne, le Système d'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale a chargé la surveillance et l'exigence d'application de normes légales, réglementaires et teneur d'accords et conventions collectives en diverses matières d'ordre social, comme sont celles correspondants à la prévention de risques professionnels, celles régulatrices du système de Sécurité sociale, celle régulatrice des relations du travail, y compris les relations syndicales, celle concernant l'emploi, la formation professionnelle ou celles régissant le travail des travailleurs étrangers dans notre pays.

Notre système d'inspection répond à un **modèle d'inspection de travail intégral**, différent des modèles d'inspection de travail spécialisés dans une ou d'autre matière ou avec un domaine de compétence plus réduit. Cela veut dire que l'activité développée par l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale dans une matière concrète ne peut pas être vue d'une façon indépendante de l'exercice effectué par le système d'inspection en d'autres matières ou domaines.

En ce qui concerne ce qui précède, il convient d'éclaircir que le travail effectué par les fonctionnaires du système d'inspection est généré à travers les dénommés "**ordres de service**" qui peuvent tirer leur origine d'une dénonciation ou une demande de rapport d'un organe administratif ou judiciaire, ou bien tirer leur origine d'une campagne d'inspection planifiée. Quelle que soit l'origine de "l'ordre de service", la teneur principale de celui-ci (c'est-à-dire, le type d'affaire qui devra être l'objet principal de recherche par le fonctionnaire de l'inspection qui est chargé de la tâche) détermine son calcul statistique dans une ou d'autre matière (prévention de risques professionnels, Sécurité Sociale, Relations du Travail...). Postérieurement, comme résultat de l'action d'inspection, il est possible qu'on recherche d'autres affaires liées ou non à l'objet de l'action d'inspection principale ; ces dernières passeront aussi à être comptabilisées statistiquement, mais n'auront pas le caractère d'objet principal de l'action d'inspection effectuée.

Par cette raison il convient d'éclaircir que dans le tableau fourni dans notre rapport précédent sur l'activité effectuée par l'inspection concernant la teneur de l'article 3 de la Charte Sociale Européenne n'on comprenait que les visites d'inspection effectuées où l'objet principal de la charge de service était celui de la prévention de risques professionnels.

Pour cela, on n'avait pas compris dans le tableau le reste de visites d'inspection où malgré avoir des contrôles de sécurité et de santé, cette matière ne constituait pas l'objet principal de l'action d'inspection. De cette façon, bien que dans le tableau fourni l'on observe une réduction du nombre de visites d'inspection dans le domaine de la prévention de risques professionnels (c'est-à-dire, du nombre des visites d'inspection dont l'affaire principale était la sécurité et la santé du travail), ce qui est certain c'est que le nombre d'actions (ou contrôles) en cette matière est maintenu plus ou moins constant pendant la période 2008-2011, en étant 363.882 les actions dans l'année 2008 et 374.727 les actions dans l'année 2011.

Cela veut dire que le nombre de contrôles en matière de sécurité et de santé est maintenu pendant la période 2008-2011, bien qu'on diminue les ordres de service spécifiques sur cette matière et, en conséquence avec cela, les visites d'inspection exprès adressées à surveiller et exiger l'application de leur réglementation.

Malgré les éclaircissements et précisions exposées, il est clair que l'activité en matière de prévention de risques professionnels pendant la période 2008-2011 montre une réduction en ce qui concerne ses résultats (bien que cette tendance ne se manifeste pas dans tous les cas, puisqu'on maintient, plus ou moins constant, le nombre de dossiers sur majoration de prestations).

Pour faire une correcte évaluation du développement de l'activité d'inspection en matière de Prévention de Risques Professionnels il faut prendre en considération la situation économique et d'autres facteurs, comme la situation du secteur du bâtiment

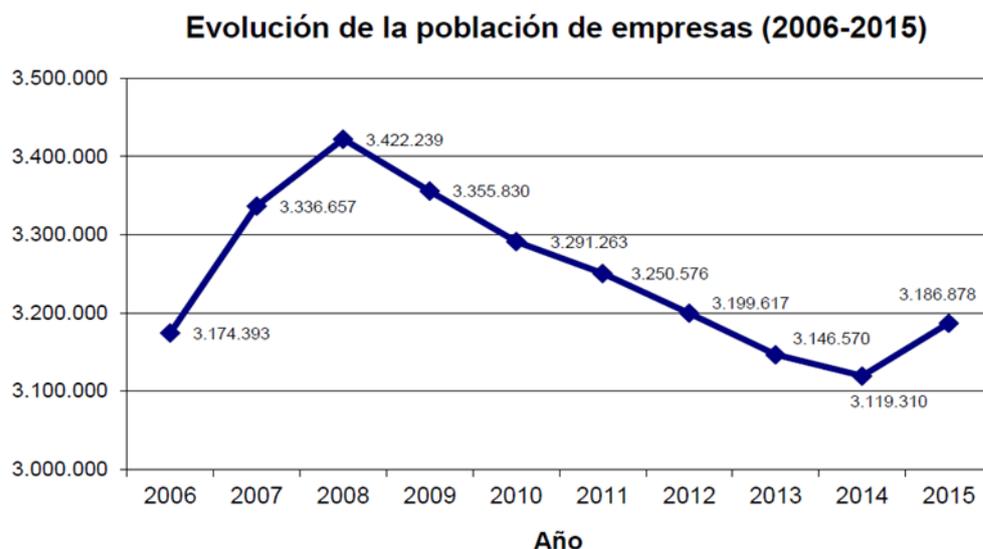
et l'évolution de l'activité d'origine instruite à l'initiative du plaignant (à la demande de tierce personne).

A) Situation Économique:

En premier lieu il faut faire référence au contexte général de crise économique ; un contexte qui a eu ses spécificités répercussions en Espagne, où nous avons assisté à un cadre d'accroissement du chômage et effets de contraction très importants dans quelques secteurs d'une spéciale importance économique, comme c'est le secteur du bâtiment, où l'on a eu une réduction très significative du nombre d'entreprises et des travailleurs occupés.

Dans le tableau qui suit ci-après, concernant l'évolution de la population d'entreprises en Espagne (2006-2015), on peut observer clairement la courbe de la réduction ou diminution du nombre d'entreprises à partir de l'année 2008, avec une modification de la tendance à partir de l'année 2014.

Évolution de la population d'entreprises (2006-2015)



Source : Institut National de Statistique (I.N.E.). Communiqué de presse du 31 juillet 2015. On peut accéder à la teneur de ce Communiqué de Presse dans la suivante adresse d'Internet : <http://www.ine.es/prensa/np924.pdf>.

B) Évolution dans le secteur du bâtiment.

Spécifiquement concernant le secteur du bâtiment pendant la période 2010-2012, on observe que dans l'année 2010 le nombre d'entreprises inscrites à ce secteur a diminué de 167.605 (données à 31 décembre 2009) à 152.562 à la fin de l'année. Parallèlement, la population travailleuse employée en ces entreprises a diminué de 1.113.629 (données à 31 décembre 2009) à 1.001.951 à la fin de l'année. Cette tendance est maintenue pendant l'année 2011 à la fin de laquelle il y avait 133.768 entreprises et 813.958 travailleurs occupés dans le secteur.

Dans l'année 2012 le nombre d'entreprises a continué sa réduction, en passant à être de 113.540. En ce qui concerne le nombre des travailleurs occupé dans ce secteur, a diminué à 647.955 personnes. Par conséquent, ce secteur économique qui avait eu une grande puissance dans l'économie espagnole pendant les années précédentes à la crise économique, et duquel dépendent à son tour d'autres secteurs productifs, pendant la période 2010 à 2012 souffre une diminution très significative, tout en réduisant tant les entreprises de bâtiment (presque un 44%) que les travailleurs occupés en ce secteur (un peu plus d'un 52%).

La contraction qui a eu lieu dans le secteur du bâtiment n'a eu pas lieu d'une façon si intense en d'autres secteurs économiques. De cette façon, la moyenne annuelle d'entreprises inscrits à la Sécurité Sociale entre 2010 et 2014, montre une réduction du 33,37% dans le secteur du bâtiment face au 54,68% du reste de secteurs (non compris le Système Spécial Agraire et le Système Spécial des Employés de Maison)⁸.

C) Réduction de l'activité d'inspection d'origine instruite à l'initiative du plaignant.

L'activité d'inspection en prévention de risques professionnels d'origine instruite à l'initiative du plaignant (à la demande de tierce personne : dénonciation ou demande de rapport institutionnel par organe administratif ou judiciaire), a comme hypothèse préalable l'éventuelle existence d'indices ou situations de manquement. Cette sorte d'activité d'inspection est sélective parce qu'une tierce personne "dénonce" l'existence d'éventuelles irrégularités ou parce qu'une institution publique demande information d'inspection sur l'existence de ces manquements. Pour cela, l'activité d'inspection de cette origine instruite à l'initiative d'une tierce personne **détecte plus pourcentage de manquement** que l'activité qui tire son origine d'une décision aléatoire (initiative d'inspection) ou même que l'activité planifiée.

Une partie de la réduction de l'activité en matière de prévention de risques professionnels est due à la réduction de l'activité qui tire son origine de l'initiative d'une tierce personne⁹. Cette réduction de l'activité d'inspection qui tire son origine de l'initiative d'une tierce personne est indicateur de l'amélioration des conditions matérielles de sécurité et de santé au travail à la suite d'une plus grande conscience sociale en cette matière (une plus grande formation, information, examens médicaux, utilisation d'Équipes de Protection Individuelle, etc...).

Par conséquent, la cause principale qui explique la réduction des résultats de l'activité de l'inspection en ce qui concerne la sécurité et la santé des travailleurs pendant la période à laquelle fait référence notre rapport précédent (2008-2011), et qui on maintient jusqu'au changement de tendance de l'année 2014, c'est la réduction intense

⁸ Veuillez voir à ce sujet le Rapport Annuel de l'Inspection du Travail et de la sécurité Sociale 2014, pages 115-117. Direction Générale de l'Inspection du travail et de la Sécurité Sociale. Ministère de l'Emploi et de la Sécurité Sociale. On peut accéder à ce Rapport dans le suivant [lien](#).

⁹ Ainsi par exemple, l'activité d'inspection qui tire son origine à l'initiative d'une tierce personne a diminué en chacune des années de la période 2010-2014, avec une réduction du 21,20%, cela a été un facteur déterminant dans la réduction qui a eu lieu dans la même période de l'indicateur de manquements dans la réglementation de prévention de risques professionnels.

de l'activité économique dans notre pays, et spécifiquement en certains secteurs d'une grande influence sur l'économie nationale, comme c'est le secteur du bâtiment; un secteur notamment important en ce qui concerne la prévention de risques professionnels. En ce qui concerne ce dernier, il suffit l'exemple que du total d'actions effectuées en matière de prévention de risques professionnels pendant l'année 2008, le 51,96% des actions ont été effectuées dans le secteur du bâtiment, face au 8,25% dans l'industrie sidérométallurgique, le 6,79% en Commerce et le 6,43% en Services Professionnels¹⁰. À ces deux variables on ajoute la réduction de l'activité d'inspection qui tire son origine de l'initiative d'une tierce personne, qui constitue un indicateur d'amélioration des conditions de sécurité et de santé au travail, conformément à ce qui est indiqué.

Cette réduction de l'activité qui tire son origine de l'initiative d'une tierce personne est reflet de l'intense activité d'inspection développée dans les dernières années conformément aux Stratégies européenne et espagnole de sécurité et de santé au travail¹¹.

L'analyse exposée est recueillie, avec information statistique additionnelle, dans le rapport annuel de l'Inspection du Travail et de la Sécurité sociale correspondant à l'année 2014, pages 115-117, qui analyse la réduction de l'activité en prévention de risques professionnels pendant la période 2010-2014¹².

¹⁰ Source : Rapport Annuel de l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale 2008. Direction Générale de l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale. Ministère de l'Emploib et de la Sécurité Sociale.

¹¹ On peut accéder à la Stratégie Espagnole de Sécurité et de Santé au Travail 2007-2012 dans [ce lien](#) d'Internet.

¹² On peut accéder à ce Rapport Annuel dans le suivant lien d'Internet.
http://www.empleo.gob.es/itss/web/Que_hacemos/Estadisticas/index.html

Article 11. Droit à la protection de la santé

CONSIDÉRATION DE CARACTÈRE PRÉALABLE

À titre préalable à analyser l'application des articles soumis au 29^{ème} Rapport, on considère opportun différencier entre le **droit à la protection de la santé**, réglementé dans l'article 11 de la Charte Sociale Européenne (qui englobe les diverses garanties sur les mesures nécessaires de santé publique qui se répercutent sur l'ensemble de la population) et le **droit à l'assistance sociale et médicale** réglementé dans l'article 13 de la Charte Sociale, qui fait référence à l'assistance sanitaire individuelle et familiale. Ce droit seulement est applicable en ce qui concerne les ressortissants nationaux des Parties Contractantes qui se trouvent légalement sur territoire national (article 13.4).

Pour cela, on doit indiquer, d'une façon préliminaire que les conclusions soutenues en actions préalables (Conclusions XX-2 2013) par le Comité Européen des Droits Sociaux concernant l'assistance sanitaire des immigrants irréguliers, en tant que concernent l'article 13 de la Charte Sociale, dépassent le domaine de ce précepte et laissent voir une certaine confusion entre le droit à la protection de la santé moyennant les mesures nécessaires de santé publique adressées à l'ensemble de la population (article 11) totalement garanti en Espagne pour toutes les personnes qui se trouvent dans notre pays, et le droit à l'assistance sanitaire individuelle (article 13) reconnu par la même Charte Sociale en faveur des personnes avec séjour légal.

Après avoir exposé ce qui précède, on informe de ce qui suit :

PARAGRAPHE 1. ÉLIMINER, DANS LA MESURE DU POSSIBLE, LES CAUSES D'UNE SANTÉ DÉFICIENTE.

CADRE JURIDIQUE

- Constitution Espagnole de 1978 : dans son ensemble et spécifiquement les articles 9.2, 10, 14 et l'article 43 de protection de la santé.
- Loi 14/1986, du 25 avril, Générale de la Santé.
- Loi 16/2003, du 28 mai, de Qualité et Cohésion du Système National de la Santé.
- Loi 44/2003, du 21 novembre, d'Aménagement des Professions Sanitaires.
- Loi 55/2003, du 16 décembre, du Statut Cadre du personnel statutaire des services de santé.
- Loi 33/2011, du 4 octobre, Générale de Santé Publique.
- Décret Royal 1030/2006, du 15 septembre, en vertu duquel l'on établit le portefeuille des services communs du Système National de la Santé et la procédure pour sa mise à jour.
- Loi 33/2011, du 4 octobre, Générale de la Santé Publique.

- Le Décret-loi Royal 16/2012, du 20 avril, de mesures d'urgence pour garantir la durabilité du Système National de la Santé et améliorer la qualité et la sécurité de ses prestations.
- Décret Royal 1192/2012, du 3 août, en vertu duquel on règle la condition d'assuré et de bénéficiaire aux effets de l'assistance sanitaire en Espagne, imputée aux fonds publics, à travers le Système National de la Santé.

La Constitution Espagnol de 1978 établit, à son article 43, le droit à la protection de la santé et à l'assistance sanitaire de tous les citoyens.

La Loi 14/1986, du 25 avril, Générale de la Santé, a donné réponse à ces prévisions constitutionnelles, tout en établissant les principes et critères substantifs qui ont permis de configurer le Système National de la Santé et qui permettent l'exercice de ce droit. Ces principes et critères se concrétisent par:

- Financement public, universalité et gratuité des services sanitaires dans le moment de l'utilisation.
- Droits et devoirs définis pour les citoyens et pour les pouvoirs publics.
- Décentralisation politique de la santé dans les Communautés Autonomes.
- Prestation d'une assistance intégrale de la santé en fournissant de hauts niveaux de qualité dûment évalués et contrôlés.
- Intégration des différentes structures et services publics au service de la santé dans le Système National de la Santé.

Dans la Loi 16/2003, du 28 mai, de Cohésion et Qualité du Système National de la Santé, celui-ci est configuré comme l'ensemble coordonné des services de santé de l'Administration de l'État et les services de santé des Communautés Autonomes qui intègre toutes les fonctions et prestations sanitaires de santé publique, premiers soins et assistance spécialisée, assistance d'urgence, prestation pharmaceutique, orthoprothétique, de produits diététiques et transports sanitaire, et qui, conformément à la loi, sont responsabilité des pouvoirs publics.

Conformément à la Constitution Espagnole, l'État a des compétences sur:

- Bases et coordination générale de la santé.
- Sanité extérieure et les relations et accords sanitaires internationaux.
- Législation sur produits pharmaceutiques.

Par ailleurs, sous la protection des prévisions constitutionnelles et des respectifs statuts d'autonomie, toutes les communautés autonomes ont assumé des compétences en matière des soins de santé.

Chacune des communautés autonomes a un Service de Santé, qui est la structure administrative et de gestion qui intègre tous les centres, services et établissements de

la communauté elle-même, députations, conseils municipaux et toutes autres administrations territoriales intracommunautaires.

L'Administration Centrale de l'État maintient, à travers l'Institut National de Gestion Sanitaire –INGESA-, la gestion de la santé dans les villes avec statut d'autonomie de Ceuta et Melilla.

La prise de compétences sanitaires par les communautés autonomes rapproche la gestion sanitaire des citoyens et garantit :

- L'équité avec l'accès aux prestations et le droit à la protection de la santé en conditions d'égalité effective sur l'ensemble du territoire et libre circulation de tous les citoyens.
- Qualité d'évaluation du bénéfice des actions cliniques en intégrant seulement ce qui apporte une valeur ajoutée à l'amélioration de la santé, tout en impliquant au système sanitaire.
- La participation des citoyens tant au respect à l'autonomie de leurs décisions individuelles qu'à la considération de leurs perspectives comme usagers du système.

L'organe de coordination, coopération et rencontre entre administrations publiques sanitaires centrale et autonome est le Conseil Interterritorial du Système National de la Santé.

La Loi 33/2011, du 4 octobre, Général de la Santé Publique, a pour but donner une réponse complète et actuelle à la demande comprise dans l'article 43 de la Constitution Espagnole et établir les bases pour que la population atteigne et maintienne le plus grand niveau de santé possible à travers des politiques, programmes, services et en général d'actions de toute nature développées par les pouvoirs publics, les entreprises et les organisations des citoyens dans le but d'agir sur les processus et facteurs qui ont plus d'influence sur la santé, et de cette façon prévenir la maladie et protéger et promouvoir la santé des personnes, tant dans la sphère individuelle que collective.

Cette Loi établit d'actions dans les domaines de protection de la santé, moyennant la prévention des effets négatifs de divers éléments de l'environnement tel qu'on considère la santé environnementale, la santé du travail, la sécurité alimentaire ou la santé extérieure et, dans le domaine de la promotion de la santé, en contribuant à habiliter aux citoyens pour prendre, d'une façon informée et libre, ces décisions qui servent mieux à leur santé et bien-être; et dans le domaine de la prévention de la maladie et des lésions, moyennant des vaccinations et d'autres interventions populationnelles, comme les criblages.

Le Décret-loi Royal 16/2012, du 20 avril, de mesures d'urgence pour garantir la durabilité du Système National de la Santé et améliorer la qualité et la sécurité de ses prestations prend une sorte de mesures qui ont eu pour but renforcer la durabilité, améliorer l'efficacité dans la gestion, promouvoir l'épargne et les économies d'échelle, introduire de nouveaux outils à travers les nouvelles technologies, gagner en cohésion territoriale, coordonner les services sanitaires et sociaux et garantir l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire national avec un portefeuille basique de services communs, tout en modifiant la Loi de Cohésion et de Qualité du Système National de

la Santé, susvisée, la Loi 29/2006, du 26 juillet, de Garanties et Utilisation Rationnelle des Médicaments et Produits Sanitaires, et la Loi 44/2003, du 21 novembre, d'aménagement des professions sanitaires.

Il faut souligner aussi les mesures adressées à réaliser l'égalité de traitement des citoyens communautaires européens avec les ressortissants nationaux en ce qui concerne les prestations découlant de l'action de protection de la sécurité sociale, notamment l'assistance sanitaire, tout en respectant scrupuleusement le Règlement CE 883/2004 sur coordination des systèmes de sécurité sociale.

À travers ce Décret-loi Royal 16/2012, l'Espagne adapte sa législation à la réglementation européenne, et l'on modifie le Décret Royal 240/2007, du 16 février. Avec cela on complète la transposition de la Directive de l'Union Européenne 2004/38 et on recueille les conditions établies par la norme européenne pour la reconnaissance de la résidence.

D'autres normes qui viennent à compléter les principes du Système National de la Santé sont :

- Loi 41/2002, du 14 novembre, basique régulatrice de l'autonomie du patient et de droits et obligations en matière d'information et documentation clinique.
- Loi 44/2003, du 21 novembre, d'aménagement des professions sanitaires.
- La Loi 18/2015, du 9 juillet, dont la disposition finale première a effectué la modification de la Loi 14/2006, du 26 mai, sur les techniques de procréation humaine médicalement assistée, en ce qui concerne le registre national d'activité et résultats des centres et services de procréation médicalement assistée auquel fait référence l'article 22 de cette Loi.
- Décret-loi Royal 1/2015, du 24 juillet, en vertu duquel l'on adopte le texte refondu de la Loi des Garanties et d'utilisation rationnelle des médicaments et produits sanitaires.

Avec rang de règlement, il faut souligner les normes suivantes:

- Le Décret Royal 1030/2006, qui établit le portefeuille de services communs du Système National de la Santé et la procédure pour sa mise à jour garantissant l'accès universel aux activités de prévention et d'assistance dans le Système National de la Santé, et l'on établit d'activités de promotion de la santé, éducation sanitaire et prévention de la maladie qui sont effectuées dans le niveau des premiers soins, adressées à l'individu, la famille et la communauté, en coordination avec d'autres niveaux ou secteurs impliqués.

Entre d'autres activités établit le criblage et l'intervention en matière d'alcool, Par ailleurs, dans toutes les Communautés Autonomes, on dispose de services de traitement et suivi des toxicomanies.

- Le Décret Royal 1192/2012, règle la condition d'assuré et de bénéficiaire aux effets de l'assistance sanitaire en Espagne, imputée aux fonds publics, à travers le Système National de la Santé, et développe ce qui est déjà prévu dans le mentionné Décret-loi Royal 16/2012. Ce Décret Royal comprend aussi

des références aux citoyens communautaires en comprenant une nouvelle disposition finale qui règle la vérification du maintien des conditions qui permettent de jouir du droit de résidence, en ligne avec ce qui est stipulé dans la Directive 2004/38 du Parlement et du Conseil, de 29 avril 2004, concernant le droit des citoyens de l'Union Européenne et des membres de leurs familles à circuler librement sur le territoire des États membres.

- Le Décret Royal 1506/2012, du 2 novembre, règle le portefeuille commun supplémentaire de prestation orthoprothétique du Système National de la santé et fixe les bases pour l'établissement des montants maximums de financement en prestation orthoprothétique.
- Le Décret Royal 576/2013, du 26 juillet, établit les conditions basiques de la convention spéciale de prestation d'assistance sanitaire à personnes qui n'aient pas la condition d'assurées ni de bénéficiaires, en développement de l'article 3.5 de la Loi 16/2003, du 28 mai.
- Le Décret Royal 81/2014, du 7 décembre, établit les normes pour garantir l'assistance sanitaire transfrontalière et l'on modifie le Décret Royal 1718/2010, du 17 décembre, sur ordonnance médicale et ordres de distribution.
- Décret Royal 1091/2015, du 4 décembre, en vertu duquel l'on crée et règle le Registre Public de Maladies Bizarres.

Les lois espagnoles envisagent la possibilité d'activités sanitaires privées, tout en reconnaissant la liberté d'entreprise dans le secteur sanitaire et le droit à libre exercice des professions sanitaires. Les Administrations sanitaires publiques peuvent établir des accords pour la prestation de services sanitaires avec entités privées.

De toute façon, tous les fournisseurs, publics (y compris les concertés) et privés, ont besoin pour leur fonctionnement d'une autorisation administrative préalable, avec la qualification accréditation et registre.

Les professionnels sanitaires qui exercent dans le domaine de l'assistance sanitaire privée, ainsi que les personnes juridiques ou entités privées qui prêtent toute sorte de services sanitaires, selon établit dans son article 46 la Loi 44/2003, du 21 novembre, d'Aménagement des Professions Sanitaires, : "sont tenus de souscrire l'opportune assurance de responsabilité, un aval ou d'autre garantie financière qui couvre les indemnités qui peuvent découler d'un éventuel dommage aux personnes causé à l'occasion de la prestation de cette assistance ou services".

En ce qui concerne l'assistance aux personnes qui ne peuvent pas payer leurs frais médicaux, les Communautés Autonomes ont compétence pour créer, organiser et gérer les prestations d'assistance pour les personnes qui n'auraient pas des ressources économiques.

Mention à part a l'importante réforme de **l'aménagement des professions sanitaires** qui a effectué le Décret-loi Royal 16/2012 sur la réglementation existante dans la matière. De cette façon, on a modifié les normes suivantes:

- Loi 44/2003, du 21 novembre, d'aménagement des professions sanitaires, en particulier des articles 25 et 29 concernant les Domaines d'Habilitation

Spécifique et de l'article 26 en ce qui concerne l'accréditation des unités enseignants de formation de spécialistes.

- Loi 55/2003, du 16 décembre, du Statut Cadre du personnel statutaire des services de santé, en particulier l'article 15 sur Création, modification et suppression des catégories de personnel statutaire. En établissant le mandat pour l'élaboration du catalogue homogène de catégories.
- Loi 16/2003, du 28 mai, de cohésion et de qualité du Système National de la Santé, on a ajouté une nouvelle Disposition additionnelle dixième à la Loi 16/2003, du 28 mai, de cohésion et de qualité du Système National de la Santé, en vertu de laquelle on a ordonné la création du Registre Public de Professionnels Sanitaires.

Ces modifications législatives en matière de Professions Sanitaires ont impliqué l'adoption de plusieurs Décrets Royaux, qui sont détaillés en Annexe I.

MESURES PRISES

STRATÉGIES DE SANTÉ

Les pathologies les plus prédominantes et qui impliquent une plus grande charge d'assistance, familiale, sociale et économique sont en train de faire l'objet d'une spéciale attention dans tous les pays et pour part des organismes internationaux. Le Ministère de la Santé, des Services Sociaux et d'Égalité (MSSSI) a l'intention d'aborder ces maladies avec les Stratégies de Santé.

Cette sorte d'outils encourage les principes d'équité et de cohésion territoriale, parce que leur but est celui de garantir que tous les citoyens aient accès, dans les mêmes conditions, aux actions et procédures effectives pour l'amélioration de la santé et de la qualité de vie, et sur lesquelles il y a consensus sur son efficience.

Pour l'identification des pathologies susceptibles d'être traitées à travers des stratégies on utilise les critères habituels de priorité en politiques de santé : primauté, impact sur la santé (morbidité, mortalité, incapacité, etc.), possibilités d'intervention pour améliorer la qualité de l'assistance prêtée dans le Système National de la Santé (SNS) et leurs répercussions socio-économiques et d'autres aspects, comme l'agenda politique national et international et la demande sociale.

Les stratégies en santé du SNS, ont été développées à partir d'une méthode de participation pour l'élaboration et l'instauration de celles-ci. Pour ce processus de participation on constitue les comités de chaque stratégie ; un Comité Institutionnel composé des représentants des ministères de la santé des Communautés Autonomes, les différentes unités du ministère de la santé impliqués à la question et l'INGESA; et un Comité Technique où sont représentées les sociétés scientifiques et les associations de patients liées à la question.

Cette méthode a été appliquée à toutes les stratégies, à savoir : sécurité du patient (adoptée en 2005 et mise à jour en 2015), cancer, cardiopathie ischémique, santé mentale et diabète (toutes elles adoptées par le CISNS dans l'année 2006), stratégie en soins palliatifs, Assistance à l'accouchement normal, et Santé Sexuelle et

Reproductive adoptées dans l'année 2007. La stratégie en Ictus adoptée en 2008 et les Stratégies en Maladie Pulmonaire Obstructive Chronique (EPOC) et Maladies Bizarres, adoptée dans l'année 2009. Pendant l'année 2012 on a adopté les Stratégies pour aborder la chronicité dans le SNS et la Stratégie de Maladies Rhumatisantes et Muscle-Squelettiques, et dans l'année 2013 on adopte la stratégie de Promotion de la Santé et Prévention du Système National de la Santé (dans le cadre du traitement de la chronicité). Dans l'année 2016 on a adopté la Stratégie de Maladies Neurodégénératives.

La structure des stratégies en santé est similaire dans toutes elles ; intègre une analyse de la situation de la pathologie à l'échelon international, national et dans les communautés autonomes, tout en recueillant information sur l'impact de la pathologie ou pathologies à l'échelon sanitaire, social et économique et on pose des points critiques qui sont abordés à travers des lignes stratégiques.

Les lignes stratégiques intègrent au moins les aspects de **promotion, prévention**, assistance sanitaire, formation et recherche et sont développées à travers d'objectifs généraux et spécifiques, qui donnent réponse aux points critiques identifiés. Pour ces objectifs on pose une sorte de recommandations pour les atteindre et des indicateurs pour mesurer leur instauration. Tous ces documents peuvent être consultés à: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec04.htm>

Stratégie en Cancer du SNS

Adoptée par le Conseil Interterritorial du SNS en 2006, évaluée en 2008 et mise à jour en 2009, la stratégie définit les lignes suivantes : Promotion et protection de la santé, Dépistage Précoce, Assistance à adultes, Assistance aux enfants et l'adolescence, Soins Palliatifs, Qualité de vie et Recherche. Pour chacune de ces lignes on détaille les objectifs et les recommandations d'action adoptés d'un commun accord par le Comité de Suivi et d'Évaluation de la Stratégie.

Le Comité de suivi est composé de représentants de Directions Générales du Ministère de la Santé, des Communautés Autonomes, de sociétés scientifiques et d'associations de patients.

La Direction Générale de la Santé Publique, Qualité et Innovation a signé une convention de collaboration en 2015 avec une durée de 4 ans (2015-2018) avec l'Université de Valence pour stimuler le développement et maintien du registre Espagnol de Tumeurs des Enfants, dans le but de fournir information favorisant la connaissance et le traitement du cancer des enfants en Espagne.

Le Ministère a élaboré en collaboration avec de nombreuses sociétés scientifiques, les communautés autonomes et d'associations de patients les documents :

- Standards et Recommandations des Unités d'Assistance du Domaine de Cancer centré sur les aspects liés à l'organisation et gestion, planification et élaboration de l'assistance à patients avec cancer. 2013
- Unités d'assistance du cancer dans l'enfance et l'adolescence. Standards et recommandations de qualité et de sécurité dont l'objectif est celui d'identifier les conditions de qualité des unités d'assistance liées à l'assistance du cancer

dans l'enfance et l'adolescence, ainsi que les conditions découlant du processus d'assistance. 2015.

Le Conseil Interterritorial du Système National de la Santé du 11 juin 2014 a adopté le Document de Soins Palliatifs Pédiatriques dans le SNS : Critères d'Assistance qui s'inscrit dans la Stratégie en Soins Palliatifs du SNS. Ce document recherche établir un modèle d'organisation d'assistance spécifique en soins palliatifs pour les enfants, moyennant des services propres ou en établissant d'accords, alliances et circuits de consultation et dérivation mais en outre aborde d'autres aspects comme le besoin d'élaborer des programmes de formation spécifique à professionnels impliqués dans ces services et promouvoir la recherche en soins palliatifs pédiatriques. Dans le cadre de ces programmes on a établi la possibilité que les patients entrés aux UCIs pédiatriques puissent être avec leurs parents les 24 heures.

Le Réseau Espagnol d'Agences d'Évaluation de Technologies Sanitaires et Prestations du SNS a effectué 39 rapports concernant la pratique d'assistance au cancer entre l'année 2012 et l'année 2015.

Bonnes pratiques : On a effectué une convocation de bonnes pratiques dans l'assistance au cancer en 2014. Du total de 37 expériences reçues, 8 ont obtenu la considération de Bonnes Pratiques.

Stratégie de traitement de la chronicité dans le SNS

La Stratégie de Traitement de la Chronicité dans le Système National de la Santé, adoptée par le Conseil Interterritorial du Système National de la Santé en juin 2012, a pour but celui de promouvoir un changement de point de vue dans le SNS qui passe d'être centré sur la maladie à s'orienter vers les personnes, vers l'assistance des besoins de la population dans son ensemble et de chacun des individus en particulier, de sorte que l'assistance sanitaire soit appropriée et efficace et soit garantie la continuité dans les soins.

Alors, l'impulsion à la prévention ou à l'assistance intégrale aux patients chroniques, qui indique dans sa demande, est abordée depuis le développement de ses lignes stratégiques : la Promotion de la santé, la Prévention des conditions de la santé et limitations dans l'activité de caractère chronique, la de continuité d'assistance, réorientation de l'assistance sanitaire, équité en santé et égalité de traitement et recherche et innovation.

Le développement des lignes mentionnées précédemment, envisage des projets compris dans le Plan de mise en oeuvre de cette stratégie, qui sont à permettre de matérialiser l'impulsion de la prévention et l'assistance intégrale aux patients chroniques, avec une spéciale mention à son instauration aux premiers soins :

- Élaboration d'une Stratégie de Promotion de la Santé dans le SNS. Dans le but de parvenir à gagner d'années de vie en bonne santé et libre de handicap, le MSSSI avec les Communautés Autonomes, a élaboré la "Stratégie de Promotion de la Santé et la Prévention dans le Système National de la Santé (Dans le cadre du traitement de la chronicité dans le SNS)", adoptée dans le Conseil Interterritorial du Système National de la Santé le 18 décembre 2013.
<http://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocioSaludyPrevencionSNS.pdf>

- Création du Réseau d'écoles de Santé pour les Citoyens: en 2013 on a créé le Réseau d'Écoles de Santé pour citoyens, dans le but de promouvoir, partager et développer d'instruments qui facilitent el "empoderamiento" des citoyens moyennant l'amélioration de l'habilitation en santé et autogestion de la maladie ce qui permettra d'améliorer la connaissance et l'acquisition de compétences en soins et autosoins, en promotion de la santé et prévention de la maladie, ainsi que les instruments nécessaires pour l'assistance de maladies chroniques. On peut accéder à ce réseau dans le suivant lien d'internet: <http://www.escuelas.msssi.gob.es/>
- Le projet de Stratification de la Population dans le SNS: tout au long de 2015 on a effectué l'instauration en 13 Communautés Autonomes de l'outil de stratification de la population dans le SNS comme l'un des projets qui coordonne le MSSSI, à travers des conventions de collaboration en 2014 et 2015 entre le MSSSI et le Service Catalan de la Santé (CatSalut), avec la participation de sous-groupes avec différents niveaux de besoin et risque, ce qui peut faciliter la création d'interventions spécifiques appropriées à chaque besoin d'assistance.
- Projet de Système d'Indicateurs : au début de 2016 on a conclu est se trouve en phase finale d'édition, l'élaboration avec vision publique, d'un ensemble minimum commun d'indicateurs d'évaluation permettant d'effectuer un suivi de l'assistance des usagers avec des problèmes chroniques.

Ces indicateurs constituent la première phase, où sera fondée la suivante élaboration d'indicateurs permettant d'effectuer le suivi de l'instauration de la Stratégie et connaître la réalisation de ses objectifs et recommandations.

- Additionnellement, dans la recommandation de favoriser le développement de systèmes d'appui à la décision et l'élaboration de plans d'assistance individualisée pour les professionnels, le MSSSI coordonne et développe, depuis l'année 2014 et jusqu'au moment actuel, le Projet "Gestion de Maladies Chroniques", dans le but de mettre à disposition des Communautés Autonomes un service technologique de gestion de maladies chroniques.
- Annuellement on intègre des projets liés à la Chronicité dans le Plan de Travail Annuel du Réseau Espagnol d'Agences d'Évaluation de Technologies et Prestations dans le SNS, créé par accord de la Session Plénière du Conseil Interterritorial du Système National de la Santé, en février 2012.
- Projet d'Amélioration du Traitement de la Douleur Chronique dans le SNS. La douleur chronique est un problème de santé dont le traitement est prioritaire pour sa fréquence et répercussion sur la qualité de vie des personnes outre la variabilité associée à son traitement et l'impact qui en découle sur les résultats en santé et d'autres indicateurs sanitaires.

En juin 2014 on a adopté par la Session Plénière du Conseil Interterritorial du SNS le "Document Cadre pour l'Amélioration du traitement de la Douleur dans le Système National de la Santé". L'objectif de ce document consiste à fournir un cadre de référence pour garantir la qualité, l'équité et l'efficacité de l'assistance aux personnes avec douleur dans le SNS, tout en contribuant à

l'amélioration de leur qualité de vie. On peut accéder à ce document dans le suivant site web du MSSSI:

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/CIS_NS_DocumentoMarcoDolor.pdf

Stratégie sur Maladie Rénale Chronique (ERC)

Les professionnels sanitaires, les associations de patients et les autorités sanitaires compétentes partagent le besoin de comprendre la Maladie Rénale Chronique (ERC) dans les Stratégies des Maladies Chroniques. Les sociétés scientifiques ont justifié cette demande à cause de sa haute prévalence, morbidité cardio-vasculaire, infradiagnostic, des coûts économiques et par le bien-être des personnes touchées.

Les associations de patients ont justifié le besoin de la stratégie étant donné le haut impact psychosocial qui a cette maladie chronique sur le patient lui-même et son environnement familial et social.

L'ERC implique un coût social et économique (presque un 10% de la population touchée et un 3% du coût sanitaire total) très élevé qui requiert des critères coordonnés entre les professionnels sanitaires qui garantissent les meilleurs niveaux de qualité dans la prévention, diagnostic et traitement.

Par toutes ces raisons le MSSSI a promu l'élaboration du document Cadre sur Maladie Rénale Chronique (ERC) dans la Stratégie de Traitement de la Chronicité dans le Système National de la Santé. Ce document technique a été adopté par la séance plénière du Conseil Interterritorial du Système National de la Santé du 26 mars 2015, et est disponible à:

http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/0Enfermedad_renal_cronica.htm

Ce document comprend un ensemble d'objectifs et des recommandations environ 5 lignes stratégiques sur promotion, prévention et dépistage précoce ; assistance au patient avec ERC, empowerment du patient, formation et recherche.

Projet de Gestion de Maladies Chroniques.

Le MSSSI en coordination avec les Communautés Autonomes et les Sociétés Scientifiques développe un programme pour la gestion informatique des Maladies Chroniques. L'objectif final du projet c'est que tous les professionnels qui participent à l'assistance d'une maladie chronique disposent d'un service technologique d'appui, utile et efficace pour l'assistance intégrée pendant tout le processus de la maladie. La mise en oeuvre efficace de ce projet permettra de garantir l'adoption de variables basiques qui garantissent la collecte d'information commune pour tout le SND et la future adaptation des différents systèmes.

Actuellement on a défini les 3 premiers programmes à mettre en oeuvre (EPOC, Diabète et ERC), et on développe et valide les fonctionnalités et intégrations avec les Communautés Autonomes.

En des phases postérieures on appliquera ces outils informatiques dans les Communautés Autonomes, tout en prenant en considération les besoins et caractéristiques d'organisation de chacune des Communautés Autonomes.

La mise en oeuvre de ces systèmes de gestion de Maladies Chroniques permet d'impliquer aux professionnels du SNS dans l'assistance aux patients chroniques et de gérer ce changement convenablement pour assurer un service de qualité.

Stratégie en Maladie Pulmonaire Obstructive Chronique du Système National de la Santé

Adoptée par le Conseil Interterritorial du Système National de la santé le 3 juin 2009. Pendant l'année 2013 on a complété l'Évaluation de stratégie EPOC, on a conclu le processus d'Évaluation et on a adopté par la séance plénière du Conseil Interterritorial du SNS en juillet 2013. La publication officielle de cette Évaluation est disponible à la suivante page web du MSSSI :

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/EVALUACION_ESTRATEGIA_EPOC-2012.pdf

En juin 2014 la séance plénière du Conseil Interterritorial du SNS a adopté la Mise à Jour de la Stratégie en EPOC du Système National de la Santé. Ce document recueille l'information obtenue dans la période d'application de la Stratégie et met à jour sa teneur à la lumière des nouvelles évidences scientifiques, les résultats de l'évaluation et les nouveautés d'organisation et thérapeutiques. Sa teneur est cohérente avec les principes établis dans la Stratégie de Chronicité.

La Stratégie établit un ensemble d'objectifs et recommandations environ 6 lignes stratégiques sur prévention et dépistage précoce ; assistance au patient chronique, assistance au patient avec exacerbations thérapies; soins palliatifs, formation et recherche.

- L'évaluation des deux premières années de mise en oeuvre de la Stratégie dans le SNS a été effectuée pendant 2012 en adoptant le document d'évaluation par Conseil Interterritorial du SNS le 20 décembre 2012.
- Le Gouvernement a déclaré 2013 comme l'An Espagnol des Maladies Bizarres pendant lequel on a renforcé le travail développé dans le cadre de la Stratégie et la visibilisation de cette sorte de maladies.
- En mars 2013 le CISNS a adopté une procédure commune d'identification et collecte de Bonnes Pratiques (BBPP) dans le SNS. Dans le cadre de la Stratégie en EPOC du SNS dans l'année 2015 on a présenté 19 propositions de BBPP desquelles on a adopté 11 expériences comme Bonnes Pratiques.
- Dans la Stratégie, l'assistance aux exacerbations de l'EPOC constitue la ligne stratégique 3. Son objectif général est celui de fournir un traitement approprié aux personnes avec EPOC qui ont d'exacerbations dans leur domicile ou au niveau d'assistance le plus approprié. L'un des objectifs spécifiques est celui d'instaurer voies cliniques, protocoles ou processus d'assistance à l'exacerbation de l'EPOC, fondés sur la meilleure évidence scientifique. Dans le but d'améliorer la prévention et l'assistance de ces aggravations s'est tenu à Madrid (16 septembre 2015, une Journée Technique de présentation du Processus d'Assistance Intégré du patient avec Exacerbation (PACEX-EPOC). Le Ministère de la Santé, des Services Sociaux et d'Égalité, avec SEPAR

(Société Espagnole de Pathologie respiratoire et Chirurgie Thoracique) et 9 Sociétés Scientifiques ont promu ce document technique pour améliorer le processus d'assistance intégré des Patients avec EPOC qui souffrent d'exacerbations.

Stratégie en Maladies Neurodégénératives du SNS

Adoptée par le Conseil Interterritorial du Système National de la Santé le 13 avril 2016, a été le résultat du travail effectué dans les années précédentes. Cette Stratégie établit un ensemble d'objectifs et recommandations groupés dans les suivantes lignes stratégiques :

- Prévention et dépistage précoce
- Assistance intégrale aux patients et membres de famille
- Appui social et de rééducation
- Assistance en phase avancée
- Appui aux personnel soignant
- La coordination sanitaire et sociale
- Les principes et droits des patients
- La participation d'agents impliqués
- Formation des professionnels
- Encouragement de la recherche

Stratégie en Accouchement Normal du Système National de la Santé

Les actions stimulées par le Département, sont adressées à mettre à jour les connaissances et capacités de professionnels, ainsi qu'informer, faire prendre conscience et sensibiliser à la population en général et aux femmes en particulier sur ce changement de paradigme dans l'assistance. Il faut souligner celles qui suivent:

1. Élaboration de documents d'accompagnement pour mettre en oeuvre les Stratégies :
 - Assistance à l'accouchement dans les femmes saines.
 - Guide de Pratique Clinique sur l'assistance à l'accouchement normal.
 - Plan d'accouchement et Naissance.
 - Soins dès la naissance : recommandations fondées sur d'examens médicaux et BBPP.
 - Standards et recommandations pour maternités hospitalières.
 - Guide de Pratique Clinique sur l'assistance à la grossesse et suites de couches.
 - IHAN : Qualité dans l'assistance professionnelle à la naissance et l'allaitement.
 - Maternité et santé : science, conscience et expérience.
 - Pastilles contre la douleur de l'accouchement.
 - Guide de Pratique clinique d'assistance à l'Allaitement Maternel (en élaboration).
 - Standards et recommandations pour unités neonatales.
 - Outil en ligne "Moteur de Recherche de Bonnes pratiques".

Disponible

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm

à:

2. Actions de coordination:

- Accord de la Séance Plénière du Conseil Interterritorial de juillet 2013, pour stimuler et harmoniser l'humanisation de l'assistance dans les Unités de Soins Intensifs Pédiatriques et Néonatales du Système National de la Santé. Établissement d'un décalogue d'action qui facilite la participation des familles les 24 heures.
- Convention avec IHAN (Initiative pour l'Humanisation de l'Assistance à la Naissance et l'Allaitement) pour stimuler le programme appuyé par OMS/UNICEF, qui développe d'actions d'assistance aux institutions, de formation à professionnels et d'évaluation des activités dans les hôpitaux et centres de santé, après l'octroi du Prix IHAN.
- Promotion du modèle d'assistance néonatale CCD (Soins centrés sur le développement et la famille) à toutes les Communautés Autonomes intéressées, moyennant d'actions de formation effectuées par le Service de Néonatalogie de l'Hôpital 12 Octobre de Madrid.
- Accord de la Séance Plénière du Conseil Interterritorial de juillet 2013, pour harmoniser l'assistance au criblage néonatal dans les services sanitaires du Système National de la Santé.
- Participation à l'Initiative Mondiale d'Allaitement Maternel, faisant partie de la délégation espagnole avec personnes expertes du Comité d'Allaitement Maternel de l'Association Espagnole de Pédiatrie.

3. Actions de formation:

- a) Journées de Bonnes pratiques, comme point de rencontre et débat, d'échange d'expériences et transfert des connaissances. Visibilisation de Bonnes Pratiques. Depuis l'année 2010 on a créé un groupe de travail pour identifier et évaluer BBPP du SNS, tout en créant un Moteur de Recherche de consultation dans la page Web du Ministère. En 2014 et 2015 on a mis en marche des convocations officielles qui ont permis arriver à un plus grand nombre de domaines. Ces actions représentent un apprentissage institutionnel très efficace et un élément clé pour la motivation des professionnels.
- b) Programme de formation de formateurs, avec d'Ateliers monographiques, pour obstétriciens, sages-femmes et pédiatres, dans l'assistance à l'accouchement et la naissance organisés tous les ans, qui rassemble des professionnels de toutes les Communautés Autonomes, Ceuta et Melilla pour partager d'expériences et leçons apprises, et stimuler les pratiques innovatrices dans les territoires respectifs.

Stratégie en Santé Mentale du SNS

Adoptée par le Conseil Interterritorial du Système National de la Santé le 11 décembre 2006, on a effectué une première mise à jour le 22 octobre 2009 et est attendue de l'adoption par le Conseil Interterritorial de la dernière mise à jour.

La Stratégie établit un ensemble d'objectifs et recommandations environ six lignes stratégiques dans sa première version (cinq dans la mise à jour) avec aspects de promotion, prévention, éradication du stigmata associé à ces troubles, assistance, coordination, formation, recherche et systèmes d'information dans sa première version.

L'évaluation des deux premières années d'instauration de la Stratégie dans le SNS a été effectuée pendant 2009 en adoptant le document d'évaluation par Conseil Interterritorial du SNS le 22 octobre 2009.

En 2013 ont été publiés les suivants documents, élaborés par groupes de travail des comités de la stratégie, adoptés en séance plénière des comités de la Stratégie et présentés au conseil interterritorial en juillet de la même année :

- "Transversalité et Continuité d'Assistance"
 - "Diffusion de la Stratégie et Formation à professionnels".
 - "Document de consensus des Commissions d'Analyse des Cas de malades soumis à des peines et mesures de sécurité".
 - En 2015, et dans les travaux pour la Mise à jour de la Stratégie, on a élaboré, par des groupes de travail d'experts, les suivants documents :
- Traitement des patients avec problèmes de Santé Mentale entre Premier Soins et les Centres de Santé Mentale.
 - Soins et Interventions de d'infirmierie en Santé Mentale.
 - Chronicité en Santé Mentale.
 - Interventions de Santé Mentale dans les Catastrophes.
 - Stigmata et Maladie Mentale.
 - Assistance Intégrale de l'Autisme.
 - Optimisation dans le traitement du TDAH.
 - Santé Mentale et Mineurs infracteurs.
 - Dépendances émergentes dans la population des jeunes.
 - Dépistage précoce, traitement et prévention de la récurrence des tentatives de Suicide.
 - Programme d'Assistance aux Patients avec Trouble de la Conduite Alimentaire chronique.
 - Rééducation dans le Trouble Limite de la Personnalité et appartements thérapeutiques.
 - Traitement de l'alcoolisme en collaboration avec les associations d'entraide.
 - Orientations pour la coordination et l'intégration des réseaux de santé mentale et dépendances.

Stratégie de Sécurité du Patient

Stratégie développée par le MSSSI en collaboration avec les Communautés Autonomes depuis 2005, qui a les suivantes lignes d'action en développement :

1. Encouragement de la culture de sécurité du patient :
 - a) Formation en SP : Cours de gestion de risque en ligne
 - b) Information mise à jour dans la page Web de SP
2. Encouragement de la mise en oeuvre de pratiques sûres :

- a) Prévention et contrôle de l'infection concernant l'assistance sanitaire :
 - i. Programme d'Hygiène des Mains de l'OMS, avec les Communautés Autonomes.
 - ii. Programme de sécurité en les UCI : Bactériémie-zéro et pneumonie-zéro et résistance zéro.
 - iii. Programme de sécurité dans les unités de nouveau-nés.
 - iv. Actions conjointes pour la prévention et contrôle de la résistance antimicrobienne (AM) en collaboration avec l'AEMPS dans le cadre des recommandations de la CE.
 - b) Prévention d'erreurs par médicaments.
3. Système de notification d'incidents SINASP, adopté par le Conseil Interterritorial du Système National de la Santé, le 27 juin 2012.
 4. Évaluation de la Stratégie de SP à travers d'indicateurs de structure, processus et résultat.
 5. Participation internationale:
 - a) Coordination du WP6 de la joint Action "European Union Network for Patient Safety and Quality of Care" financé par la CE.
 - b) Patient Safety and Quality of Care Working Group (DGSANCO).
 - c) Groupes de travail avec l'OMS :
 - i. Hygiène des mains.
 - ii. Registre d'événements adverses. Projet MIM.

Stratégie en Soins Palliatifs du SNS

Adoptée par le Conseil Interterritorial du Système National de la Santé le 14 mars 2007, on a effectué une première mise à jour le 9 décembre 2010 et est en attente de l'élaboration de la deuxième évaluation.

La Stratégie établit un ensemble d'objectifs et des recommandations environ cinq lignes stratégiques qui envisagent d'objectifs de : le processus d'assistance, assistance intégrale, l'organisation des soins, l'autonomie du patient, la formation des professionnels et la recherche.

L'évaluation des deux premières années d'instauration de la Stratégie dans le SNS a été effectuée pendant 2010 tout en adoptant le document d'évaluation par Conseil Interterritorial du SNS le 31 mai 2010. Actuellement est en train d'effectuer la deuxième évaluation.

En 2014 on a publié le document : “Soins Palliatifs Pédiatriques dans le Système National de la Santé : Critères d’Assistance” élaboré par un groupe de travail des comités de la Stratégie et experts. Dans ce document on recueille le cadre institutionnel où l’on reconnaît les soins palliatifs comme un droit reconnu par organismes internationaux et une prestation sanitaire décrite dans la législation espagnole, on définit les aspects principaux qui distinguent l’assistance en soins palliatifs pédiatriques, on effectue une analyse de la situation actuelle de l’assistance palliative pédiatrique dans les différentes Communautés Autonomes et enfin l’on établit une sorte de critères d’assistance dans cinq domaines, en accord avec la stratégie de Soins Palliatifs du SNS, pour stimuler, promouvoir et faciliter l’assistance palliative pédiatrique sur l’ensemble du territoire national.

Criblages Populationnels :

En décembre 2010, la Commission de la Santé Publique du Conseil Interterritorial du Système National de la Santé, a adopté le “**Document cadre sur criblage populationnel**” où l’on établit les critères qui peuvent servir de guide aux systèmes de santé des Communautés Autonomes pour la prise de décisions stratégiques sur criblages, ainsi que pour établir les conditions clé pour la mise en oeuvre de ces programmes.

La Loi 3372011 Générale de la Santé Publique établit :

- Les Administrations publiques, dans le domaine de leurs respectives compétences stimuleront les actions de prévention primaire, comme la vaccination, qui seront complétées avec d’actions de prévention secondaire comme sont les programmes de dépistage précoce de la maladie.
- Du droit à l’égalité, le portefeuille de services comprendra une offre unique de criblages populationnels.
- La pratique de preuves de criblage sera effectuée conformément à critères scientifiques et aux principes d’équité, de pertinence, de précaution, d’évaluation, de transparence, d’intégralité et de sécurité.
- Le Conseil Interterritorial du Système National de la Santé conviendra :

La liste d’actions de prévention populationnelles et individuelles qui sont recommandables ; Les actions de prévention communes qui remplissent les critères pour être instaurées sur l’ensemble du territoire ; L’évaluation périodique des programmes de prévention communs, l’inclusion de nouveaux programmes ou la suspension de ceux-là qui n’accomplissent pas les objectifs pour lesques ont été élaborés.

Entre les prestations de Santé publique, on trouve la Prévention et dépistage précoce des Maladies Bizarres, ainsi que l’appui aux personnes les souffrant et à leurs familles.

Le Décret Royal 1030/2006, du 15 septembre, en vertu duquel l’on établit le portefeuille de services communs du Système National de la Santé et la procédure pour sa mise à jour, précise les programmes de criblage populationnel compris dans le portefeuille de services communs du SNS.

En particulier pendant la **période 2012-2015**, on a publié l'Arrêté SSI/2065/2014, du 31 octobre, en vertu duquel l'on modifie les annexes I, II et III du Décret Royal 1030/2006. Cet Arrêté précise et met à jour le portefeuille commun basique de services d'assistance du Système National de la Santé entre d'autres questions en ce qui concerne le criblage de maladies endocrinométaboliques et le criblage du cancer.

En ce qui concerne le **criblage de maladies endocrinométaboliques** précise que les maladies qui font partie du programme populationnels de criblage neonatal de maladies endocrinométaboliques sont : hypothyroïdie congénital, Fenilcetonuria, Fibrose Kystique, Déficience d'acil-coenzyme A-déshydrogénase de chaîne moyenne (MCADD), Déficience de 3-hidroxi-acil-coenzyme A-déshydrogénase de chaîne longue (LCHADD), Acidemia glutarica type I (GA-i), Anémie falciforme.

Il faut souligner que, en Espagne, toutes les femmes ont accès au système sanitaire public pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, indépendamment de leur condition administrative et de leur lien comme assurées. De la même façon tous les nouveau-nés en Espagne ont total accès aux programmes de criblage en maladies endocrinométaboliques.

En ce qui concerne le **criblage du cancer**, précise que les programmes sont :

Criblage populationnel de cancer de sein, avec les critères suivants :

- a) Population objectif : femmes entre 50 et 69 ans.
- b) Preuve de criblage: mammographie.
- c) Intervalle entre exploration: 2 ans.

Criblage populationnel de cancer colorectal, qui sera effectué conformément aux suivantes bases :

- a) Population objectif : hommes et femmes entre 50 et 69 ans.
- b) Preuve de criblage : sang caché dans les lies.
- c) Intervalle entre explorations: 2 ans.

Criblage de cancer de cervix, qui sera effectué en appliquant les critères suivants :

- a) Population objectif : les femmes entre les 25 et les 65 ans.
- b) Preuve de criblage : frottis cervical.
- c) Intervalle entre explorations recommandé. De 3 à 5 ans.

Toute la population qui habite en Espagne, indépendamment de son niveau d'assurance, ont accès aux programmes de criblage du cancer.

Ci-après on fournit information spécifique sur les **activités et services adressés à d'autres collectifs d'une spéciale importance : la femme, l'enfance, l'adolescence, les adultes, le troisième âge, les groupes de risque et les malades chroniques.**

Le Portefeuille de services communs des premiers soins (Annexe II Décret Royal 1030/2006) précise les Soins et services spécifiques concernant ces collectifs :

- Évaluation de l'état nutritionnel, du développement pondo-taille et du développement psychomoteur.
- Prévention de la mort subite des enfants.
- Conseils généraux sur le développement de l'enfant, habitudes nocives et styles de vie sains.
- Éducation sanitaire et prévention d'accidents des enfants.
- Orientation anticipée pour la prévention et dépistage des problèmes de sommeil et de sphincters.
- Dépistage des problèmes de santé, avec présentation de commencement dans les différents âges, qui puissent être bénéficiés d'un dépistage précoce en coordination avec l'assistance spécialisée, à travers les activités visant à:
 - a) Dépistage précoce de métabolopathies.
 - b) Dépistage d'hypoacousie, dysplasie d'articulation de hanche, cryptorchidie, strabisme, problème de vision, problèmes du développement du pubère, obésité, autisme, troubles par déficit d'attention et hyperactivité.
 - c) Dépistage et suivi de l'enfant avec handicaps physiques et psychiques.
 - d) Dépistage et suivi de l'enfant avec pathologies chroniques.

La couverture du programme d'assistance à l'enfant sain, où l'on comprend les services d'assistance à l'enfance décrits, est très haute dans tout le Système National de la Santé, le programme envisage la révision les 0, 2, 4, 6, 12, 15 et 18 mois, et aux 3, 4, 6, 12 et 14 ans.

Les services d'**assistance à l'adolescence** envisagent :

- Anamnèse et conseil sur les habitudes qui comportent des risques pour la santé, comme l'emploi du tabac, alcool et substances addictives, tout en comprenant la prévention des accidents.
- Évaluation et conseil en ce qui concerne la conduite alimentaire et l'image corporelle.
- Promotion de conduites saines en ce qui concerne la sexualité, éviter des grossesses non désirées et maladies sexuellement transmissibles.

Les services d'**assistance à la femme** envisagent :

- Dépistage de groupes de risque et diagnostic précoce de cancer gynécologique et de seins d'une façon coordonnée et soumise au protocole avec assistance spécialisée, selon l'organisation du correspondant service de santé.

- Indication et suivi de méthodes contraceptives non chirurgicales et interruption volontaire de la grossesse.

Assistance à la **grossesse et suites de couches** avec accès pour toutes les femmes qui se trouvent en Espagne, indépendamment de leur situation administrative :

- a) Recrutement de la femme enceinte dans le premier trimestre de la gestation et dépistage des grossesses de risque.
- b) Suivi de la grossesse normale, d'une façon coordonnée et soumise au protocole avec assistance spécialisée, selon l'organisation du correspondant service de santé.
- c) Éducation maternelle, en comprenant l'encouragement de l'allaitement maternel, la prévention d'incontinence urinaire et la préparation de l'accouchement.
- d) Visite puerpérale dans le premier mois du post-partum pour évaluation de l'état de santé de la femme et du nouveau-né.

Prévention, dépistage et assistance aux problèmes de la femme dans le climatère.

L'**assistance à l'adulte**, groupes de risque et malades chroniques: On comprend, en général, l'évaluation de l'état de santé et facteurs de risque, les conseils sur styles de vie sains, le dépistage des problèmes de santé et l'évaluation de son état clinique, le recrutement du patient pour le suivi clinique approprié à sa situation, l'assistance et suivi de personnes qui ont prescrit beaucoup de médicaments et avec pluripathologies et l'information et conseil sanitaire sur leur maladie et les soins précis au patient et personnel soignant, le cas échéant.

Et en particulier:

- Assistance sanitaire soumise au protocole de patients avec problèmes de santé chroniques et prévalents :
 - a) Diabète mlilitus.
 - b) Maladie pulmonaire obstructive chronique et asthme bronchial.
 - c) Hypercholestérolémie.
 - d) Hypertension artérielle.
 - e) Insuffisance cardiaque chronique.
 - f) Cardiopathie ischémique.
 - g) Obésité.
 - h) Problèmes ostéoarticulaires chroniques ou douleur chronique muscle-squelettique.
- Assistance de personnes avec VIH+ et maladies sexuellement transmissibles dans le but de contribuer au suivi clinique de leur qualité de vie et éviter les pratiques de risque.
- Assistance à domicile à patients immobilisés
- Assistance à personnes avec conduites de risque :

- a) Assistance à fumeurs et appui à la désaccoutumance au tabac.
 - b) Assistance à l'usager excessif d'alcool.
 - c) Assistance à d'autres conduites addictives.
- Dépistage précoce et traitement intégré des problèmes de santé découlant des situations de risque ou exclusion sociale, comme les mineurs en accueil, les minorités ethniques, les immigrants ou d'autres.
 - Dépistage précoce de cancer côlorectal d'une façon coordonnée et soumise au protocole avec assistance spécialisée.

L'assistance aux **personnes âgées** comprend :

- Activités de promotion et prévention en ce qui concerne :
 - a) Alimentation saine et exercice physique.
 - b) Identification de conduites de risque.
 - c) Prévention de chutes et d'autres accidents.
 - d) Dépistage précoce de la détérioration cognitive et fonctionnelle.
 - e) Dépistage précoce de la détérioration physique, avec un spécial accent sur le criblage de hypoacousie, déficit visuel et incontinence urinaire.
 - f) Conseil et suivi du patient soumis à beaucoup des médicaments et avec pluripathologies.
- Dépistage et suivi de l'ancien de risque.
- Assistance à l'ancien de risque.
- Assistance à domicile aux personnes âgées immobilisées.

Pour sa part, **La Stratégie de Maladies Bizarres du Système National de la Santé** a été adoptée par le Conseil Interterritorial du Système National de la Santé le 3 juin 2009 qui a été mise à jour en juin 2014. La Stratégie établit un ensemble d'objectifs et des recommandations environ 7 lignes stratégiques : information sur maladies bizarres ; prévention et dépistage précoce ; assistance sanitaire ; thérapies ; assistance sociosanitaire, formation e recherche.

L'évaluation des deux premières années d'instauration de la Stratégie dans le SNS a été effectuée pendant 2012 en adoptant le document d'évaluation par Conseil Interterritorial du SNS le 20 décembre 2012.

Le Gouvernement a déclaré 2013 comme l'An Espagnol des Maladies Bizarres pendant lequel l'on a renforcé le travail développé dans le cadre de la Stratégie et la visibilisation de cette sorte de maladies.

En mars 2013 le Conseil Interterritorial du Système National de la Santé (CISNS) a adopté une procédure commune d'identification et collecte de Bonnes Pratiques (BBPP) dans le SNS. Dans le cadre de la Stratégie en Maladies Bizarres du SNS on a présenté 69 propositions de BBPP desquelles on a adopté 8 expériences comme Bonnes Pratiques.

En Espagne on a eu lieu la II^{ème} Conférence Europlan Espagne le 20 et 21 novembre 2014 dans le Ministère de la Santé. Fruit du travail de la Conférence est l'élaboration d'un rapport qui recueille les recommandations pour améliorer l'assistance aux patients avec des Maladies peu fréquentes et leurs familles.

Création du Registre National de Maladies Bizarres, par l'adoption du Décret Royal 1091/2015 du 4 décembre. Ce Projet constituera un système d'information épidémiologique pour la collecte des données de tous les registres de toutes les Communautés Autonomes, et le classement des cas des maladies bizarres de la population espagnole. Ce Registre nous permettra de connaître le nombre total de personnes touchées, la prévalence de chaque maladie ainsi qu'évaluer l'histoire naturelle de ces maladies dans le but de prendre des décisions en matière de santé publique, d'assistance sanitaire et pouvoir effectuer un meilleur suivi de celles-ci.

Une autre des Stratégies de promotion de la santé mentionnées précédemment, et qui est effectuée en Espagne depuis l'année 2005, est la **Stratégie NAOS** de l'Agence Espagnole de la Consommation, la Sécurité Alimentaire et Nutrition (AECOSAN), qui continue à être développée et à être stimulée depuis l'année 2005 et qui a pour but celui d'encourager une alimentation saine et promouvoir la pratique habituelle d'activité physique pour, moyennant la combinaison de deux mesures, inverser la tendance ascendante dans la prévalence d'obésité, notamment entre la population des enfants.

Pour cela implique et collabore avec tous les secteurs liés tant publics (d'autres ministères, Communautés Autonomes, conseils municipaux) que privés (industrie alimentaire, restauration, sociétés scientifiques, organisations de consommateurs, etc.) dans tous les domaines de la société (familial et communautaire, scolaire, professionnel, patronal et sanitaire, avec perspective de genre et adressée fondamentalement aux enfants et jeunes, et aux collectifs les plus vulnérables.

Avec la Stratégie NAOS on encourage et renforce les options et environnements favorables à l'adoption d'habitudes saines soutenables à l'échelon individuel, communautaire et national qui, dans l'ensemble, donnent lieu à une réduction de la morbidité et de la mortalité liée à l'obésité.

http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/subhomes/nutricion/aecosan_nutricion.shtml

Une autre initiative dans le cadre de la Stratégie NAOS, qui a été effectuée depuis 2005 est l'instauration de normes de autocontrôle de la publicité d'aliments adressées aux enfants, le dénommé "Code de autorégulation de la publicité d'aliments et boissons adressée aux mineurs" (**Code PAOS**), comme premier Code d'Autorégulation de la publicité d'Aliments adressée à mineurs, signé entre l'industrie alimentaire (FIAB), Autocontrôle et le Ministère (Agence Espagnole de Sécurité Alimentaire) qui moyennant une sorte de règles permet de réduire la pression de vente sur la population des enfants et améliorer la qualité et la teneur des spots publicitaires de toute sorte d'aliments et boissons adressés aux mineurs.

Complémentairement, dans le but de le renforcer, le 7 septembre 2009, on a signé un Accord de collaboration pour l'application de ce Code PAOS, entre les opérateurs de Télévision. Postérieurement, le 26 décembre 2012, on a souscrit un nouveau CODE PAOS auquel se sont ajoutés en outre ceux qui précèdent, le secteur de la distribution (ANGED, ASEDAS et ACES), l'hôtellerie (FEHR) et la restauration (FEHRCAREM), comme agents stratégiques dans la chaîne de l'alimentation.

Ce nouveau Code PAOS signifie un pas en avant dans l'application de la Loi de Sécurité Alimentaire et Nutrition (Loi 17/2011, du 5 juillet, de sécurité alimentaire et nutrition) qui dans ses articles 45 et 46 obligeait à promouvoir d'accords de corégulation et codes de conduite avec les opérateurs économiques pour régler la publicité d'aliments et boissons adressée aux enfants et aux mineurs de 15 ans, et on améliore en étendant son domaine d'application à la publicité d'aliments et boissons à travers Internet, puisque Internet, c'est le moyen où on a augmenté significativement la publicité adressée aux adolescents.

Le Code PAOS a été en modulant les spots publicitaires et a permis que dans l'ensemble global de la publicité d'aliments et boissons adressée aux enfants et adolescents on ait augmenté leur qualité en substance, aussi en ce qui concerne la répercussion de la publicité adressée aux mineurs comme segment de population le plus vulnérable.

http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/marketing_et_publicidad_dirigida_a_menores.shtml

PRÉVENTION DES DOMMAGES SUR LA SANTÉ CONCERNANT LA CONSOMMATION D'ALCOOL :

L'Espagne, dans le cadre des Stratégies de l'UE et de l'OMS pour aborder les problèmes liés à la consommation d'alcool, et depuis 1999, dispose de :

Stratégie Nationale de Drogues pour la période 2009-2016, cadre adopté d'un commun accord pour établir les politiques publiques et les interventions en matière de drogues à l'échelon de l'État. On a élaboré et adopté également le Plan d'Action sur les Drogues pour la période 2013-2016, qui fait opérationnelle la Stratégie en 6 domaines d'intervention et 68 actions concrètes : Réduction de l'Offre et la demande (qui englobe de la prévention jusqu'au traitement et l'intégration sociale); l'amélioration de la connaissance scientifique basique et appliquée; la formation et la coopération internationale. Aussi des mesures de sensibilisation sociale et de développement de la responsabilité personnelle pour prévenir la consommation nocive d'alcool pour la santé, tant à l'échelon national, qu'autonome et local, et pour cela a consacré des postes budgétaires spécifiques. Tous les deux sont évalués tous les ans et on établit un rapport ou mémoire avec les actions effectuées.

Ces documents peuvent être consultés à :

<http://www.pnsd.msc.es/Categoria1/presenta/home.htm>

Il faut souligner que toutes les Communautés Autonomes, en coordination avec le Plan National sur Drogues, disposent de plans d'action spécifiques sur cette matière :

La Stratégie de Promotion de la Santé et Prévention dans le Système National de la Santé, avance dans l'intervention intégrale en santé, tout en renforçant interventions en prévention primaire et promotion de la santé en premiers soins avec caractère universal et en promouvant interventions communautaires coordonnées dans les différents environnements (sanitaire, social, éducatif et communautaire). En ce qui concerne l'alcool, et dans ce cadre, il faut souligner :

- 1) Élaboration d'un document de "Conseil intégral en styles de vie en premiers soins" où l'on envisage, entre d'autres, le traitement de la consommation de risque et nocive de l'alcool en premiers soins (AP). En outre, en ce sens, on a élaboré des matériels, adressés à la population générale, d'appui au conseil.
- 2) Cours de Formation en ligne, pour professionnels sanitaires d'AP sur méthodologie du Conseil Bref de Santé Sur Style de Vie et en Éducation pour la Santé Individuelle Sur Style de Vie.
- 3) Formation de la population générale moyennant la création d'une Web, sur styles de vie sains, qui comprend un paragraphe sur l'alcool.
- 4) Cours de formation adressé à professionnels sanitaires sur intégration dans la pratique clinique quotidienne, du dépistage de la consommation de risque d'alcool et l'Intervention Brève : **Mouille-toi avec l'Alcool**". Ce cours a été élaboré et diffusé en collaboration avec la Société Espagnole de Médecine de Famille et Communautaire (semFYC).

Enfin, dans les dernières années, on a eu lieu un grand développement de mesures concernant la consommation d'alcool et la conduite (par exemple : augmentation des contrôles aléatoires et préventifs de niveaux d'alcoolémie, en routes et zones urbaines) et un durcissement dans l'application de la législation en vigueur en ce sens.

Données sur mesures concernant l'alcool et la conduite, disponibles à:

http://www.dgt.es/galerias/seguridad-via/estadisticas-e-indicadores/publicaciones/principales-cifras-siniestralidad/2015-2228_principales_cifras_de_la_Siniestralidad_Vial_2014_ACCESIBLE.pdf

CRITÈRES POUR L'INCLUSION DE VACCINS DANS LE CALENDRIER COMMUN DE VACCINATIONS EN ESPAGNE

Le Conseil Interterritorial du Système National de la Santé (CISNS) c'est l'organisme responsable d'harmoniser le calendrier commun de vaccination en Espagne. Au sein du CISNS la Communication de Programme et Registre de Vaccinations c'est l'organe scientifique-technique qui évalue et propose des modifications dans le calendrier de vaccination à la Commission de la Santé Publique.

Toute recommandation pour modifier les programmes de vaccination en Espagne est fondée sur le document "*Critères pour fonder la modification des programmes de vaccins*", élaboré par la Communication en 2004 et qui postérieurement a été mis à jour en 2011.

On doit prendre en considération cinq critères fondamentaux dans l'analyse de toute éventuelle modification qu'on essaie d'effectuer dans les programmes de vaccination recommandés par le CISNS :

1. Charge de maladie.
2. Effet et sécurité du vaccin.
3. Répercussions de la modification sur le programme de vaccination.

4. Aspects éthiques.
5. Évaluation économique.

Le document est disponible dans le suivant lien :

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Criterios_ProgramaVacunas.pdf.

STRATÉGIE NATIONALE D'ÉQUITÉ EN SANTÉ-ENES- (2010-ACTUALITÉ)

Cette Stratégie essaie de réduire les inégalités sociales en Espagne moyennant le traitement intersectoriel des Déterminants Sociaux en Santé, et est composée de 4 lignes stratégiques :

1. Développer des systèmes d'information sur équité en santé permettant de guider les politiques publiques.
2. Promouvoir et développer la connaissance et les outils intersectoriels, tout en avançant vers le concept ou la notion de "Santé et Équité dans toutes les Politiques".
3. Stimuler des plans et programmes d'appui intégral aux enfants et les jeunes qui garantissent l'équité en santé.
4. Développer un plan de visibilité politique de la Stratégie Nationale d'Équité en Santé.

Antécédents:

- 2008 : Création de la Commission Nationale pour Réduire les Inégalités Sociales en Santé en Espagne composée d'experts nationaux.
- 2010 : La Commission présente une Proposition de Politiques et Interventions pour réduire les Inégalités Sociales en Santé en Espagne. De cet ensemble de recommandations on a donné la priorité à 20 politiques dont le développement implique en premier terme aux services de Santé Publique. Dans ces recommandations, le Ministère a donné la priorité à 9 mesures qui constituent le commencement de la Stratégie Nationale d'Équité en Santé.
- 2010 : L'une des priorités de la présidence espagnole de l'UE a été l'Innovation en Santé Publique : "Monitoring des Déterminants Sociaux de la Santé et Réduction des Inégalités en Santé". Il y a eu deux produits finaux : le document technique "Vers l'Équité en Santé : Monitoring des Déterminants Sociaux de la Santé et Réduction des Inégalités en Santé" et les Conclusions du Conseil "Équité en Santé en Toutes les politiques : Solidarité en Santé".

Activités développées :

Entre novembre 2010 et septembre 2011, le Ministère de la Santé, des Services Sociaux et d'Égalité en Espagne, a effectué un **processus de formation pour intégrer le point de vue de déterminants sociaux de la santé et l'équité dans les Stratégies, Programmes et Activités (EPA de la santé)**. Le but principal de ce processus a été celui de former ou préparer à 65 professionnels du MSSSI,

Communautés Autonomes et d'autres institutions clé pour intégrer l'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé dans un ensemble d'EPA sélectionnées.

Le processus a conclu dans un séminaire conjoint où l'on a documenté le processus dans **un Guide –intitulé “Guide méthodologique pour intégrer l'Équité dans les Stratégies, Programmes et Activités de Santé” –on a publié en 2012** dans le but de sensibiliser les professionnels du secteur de la santé et d'autres secteurs dont les politiques ont répercussion sur la santé de la population, sur l'approche de déterminants sociaux de la santé et équité en santé, et fournir un outil pratique qui faciliterait l'intégration efficace de l'équité dans les Stratégies, Programmes et Activités (EPA) qui sont effectués. Le guide est disponible à:

http://www.msssi.gobl.es/profesionales/saluPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Guia_metodologica_Equidad_EPA.pdf

Version en anglais:

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia_2012/docs/Methodological_Guide_Equity_SPAs.pdf

L'expérience est publiée dans la Série de Discussion Papers de l'OMS sur Déterminants Sociaux en Santé (DSS). Disponible comme Discussion Paper 9 à:

http://www.who.int/social_determinants/publications/en/

Version espagnole à:

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/ProcesoFormativo_EquidadSalud.pdf

En 2012, on effectue une réunion de suivi de la Stratégie Nationale d'Équité dans la Communication de Promotion de la Santé, tout en donnant priorité à 21 mesures du total de 166 qui comprend l'ENES et en 2014 l'on établit des synergies entre cette Stratégie, avec celle adoptée en décembre 2013, Stratégie de Promotion de la Santé et Prévention dans le Système National de la Santé (EPSP).

Dans l'EPSP on donne la priorité à des mesures universelles en ce qui concerne les styles de vie de la population tout en prenant en considération les déterminants sociaux de la santé et en construisant un axe d'équité ainsi que d'outils rapides pour évaluer l'équité des mesures universelles et pouvoir les modifier ou les compléter pour qu'elles donnent lieu à des résultats équitables dans la santé de la population.

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocionPrevenccion.htm>

SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE : INTERRUPTION VOLONTAIRE DE LA GROSSESSE (IVE)

Les principales mesures prises pendant la période de référence ont été celles qui suivent :

- On a créé une application EN LIGNE pour la collecte des données des interruptions volontaires de la grossesse qui sont effectuées sur l'ensemble du

territoire espagnol, et l'on mit en marche le 1^{er} janvier 2011 en restant active dans la période 2012-2015, en remplacement de l'application informatique qui était en train d'être utilisée depuis 1990.

De cette sorte on améliore remarquablement la connaissance de l'information épidémiologique recueillie, tout en montrant les différentes circonstances sociales et sanitaires qui coïncident dans les Interruptions Volontaires de la Grossesse qui sont effectuées en Espagne en permettant les autorités sanitaires d'élaborer des politiques conformes aux situations réelles dans ce domaine de santé sexuelle et reproductive.

Chaque IVE qui est pratiquée, doit être notifiée à travers le Questionnaire de Notification, par le médecin responsable de l'intervention, à l'autorité sanitaire de la Communauté Autonome où a été effectuée en introduisant en même temps les données dans l'application EN LIGNE.

- Tous les ans on élabore une publication annuelle, concernant les ans 2012-2014 tous les deux compris avec les statistiques correspondantes de l'ensemble de l'État, avec le titre "Interruption Volontaire de la Grossesse, données définitives concernant l'année....", disponibles dans la page web du MSSSI et accessible à tout usager à travers le suivant lien :

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm>

- En 2015 on a effectué une modification réglementaire à travers la Loi Organique 11/2015, du 21 septembre, pour renforcer la protection des mineurs et des femmes avec la capacité modifiée judiciairement dans l'interruption volontaire de la grossesse.
- Enfin, on effectue l'envoi de Base de données informatisée : Après demande expresse, l'on envoie la base des données informatisée qui comprend les enregistrements sur interruption volontaire de la grossesse, remplir la demande et questionnaire de collecte où l'on doit spécifier : l'objectif général et les objectifs spécifiques du travail, ainsi que la sorte d'exploitation qui va à être effectuée avec cette base.

TRAVAIL EN SANTÉ AVEC LA COMMUNAUTÉ GITANE

Le Ministère de la Santé, des Services Sociaux et d'Égalité effectue plusieurs activités de coordination sur les politiques d'inclusion sociale de la population gitane, avec répercussion aussi sur la santé de ce collectif. Le travail développé est détaillé dans l'Annexe II.

LE DOMAINE DE LA SANTÉ DU PLAN STRATÉGIQUE DE CITOYENNETÉ ET INTÉGRATION (2011-2014)

Le MSSSI participe à ce Domaine, qui pose les stratégies nécessaires pour que l'accès au système sanitaire public et à l'assistance sanitaire soit en conditions d'égalité et contribue à l'intégration des immigrants et à leur pleine participation à la société d'accueil.

Le Plan Stratégique de Citoyenneté et Intégration (2011-2014) a été adopté le 23 septembre 2011 en Conseil des Ministres, et intègre la notion d'équité d'une façon transversale dans toutes ses domaines, et en particulier dans les objectifs de santé figurent lignes d'action concrètes en équité en santé.

http://extranjeros.empleo.gob.es/es/Programas_Integracion/Plan_estragico2011/pdf/PECI-2011-2014.pdf

APPUI TECHNIQUE AU PLAN NATIONAL D'INCLUSION SOCIALE (2013-2016)

Appui technique au Plan National d'Inclusion Sociale (2013-2016) et son rapport de suivi comme les références de la Direction Générale de la Santé Publique, Qualité et Innovation du Ministère de la Santé.

Plan National d'Action pour l'Inclusion Sociale 2013-2016

http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/docs/PI_Nac_Inclusion_Social.pdf

Rapport Moyen de Suivi et d'Évaluation du PNAIN 2013-2016

<http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/docs/InformeSeguimientoEvaluacionPNAIN2013-16.pdf>

PARTICIPATION À L'ÉLABORATION ET SUIVI DE LA STRATÉGIE NATIONALE INTÉGRALE POUR LES PERSONNES SANS ABRI 2015-2020

<http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/InclusionSocial/docs/ENIPSH.pdf>

DIFFUSION ET UTILISATION DE L'INSTRUMENT POUR L'ÉVALUATION DE LA COMPÉTENCE INTERCULTURELLE DANS L'ASSISTANCE À LA SANTÉ MENTALE EFFECTUÉ EN 2011

Les inégalités dans l'assistance sanitaire à groupes culturellement divers rend nécessaire comprendre la compétence interculturelle comme critère de qualité en chaque dispositif d'assistance. Ce Guide propose un instrument d'autoévaluation pour institutions qui permet de connaître leurs compétences et besoins d'amélioration dans cette matière, tout en pouvant de cette façon servir de base pour l'accréditation de dispositifs de santé mentale en compétence interculturelle.

DIFFUSION DU GUIDE DE GESTION DE LA DIVERSITÉ RELIGIEUSE DANS LES CENTRES HOSPITALIERS ÉLABORÉ EN 2011

Ce Guide est le résultat de la collaboration entre le Ministère de la Santé, des Services Sociaux et d'Égalité, le Service de Santé de Castille-la Manche et la fondation Pluralisme et Coexistence, dans le but de proposer un ensemble d'actions qui garantissent l'exercice des droits reconnus par les lois pour l'exercice de la liberté religieuse dans les centres hospitaliers.

Le pluralisme religieux de notre société se manifeste dans tous les domaines sociaux et des services publics sanitaires, le respect aux aspects distinctifs est essentiel pour l'évaluation des besoins de santé et pour la perception du processus de tomber malade et guérir. Aussi les croyances et valeurs culturelles ont d'interactions avec les activités de prévention et de promotion de la santé.

RÉSEAU ESPAGNOL DE VILLES SAINES

Dans l'Accord de collaboration de ce Ministère avec la Fédération Espagnole de Communes et Provinces pour le renforcement du Réseau Espagnol de villes Saines, on donne appui technique et économique pour l'inclusion dans les plans municipaux de santé de lignes d'action pour réduire les inégalités sociales en santé et pour effectuer un programme cadre d'assistance municipale adressé à collectifs défavorisés en ce qui concerne la santé. Cette ligne d'appui économique et technique qui a commencé en 2006 a continué dans les années 2012, 2013, 2014 et 2015.

Depuis l'année 2014 on a commencé l'appui à la mise en oeuvre locale de la Stratégie de Promotion de la Santé et de la Prévention qui pose une sorte d'activités pour l'amélioration de la santé population, tout en travaillant dans le cadre des déterminants sociaux et en facilitant un outil pratique pour réorienter vers l'équité.

GESTION ET MAINTIEN DU SYSTÈME D'INFORMATION EN PROMOTION ET ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (SIPES)

Il s'agit d'un système pour l'échange d'information et bonnes pratiques en promotion de la santé entre professionnels et offrir information de qualité à la population en générale.

En septembre, on met en marche la version 2 du système (créé en 2004) et continue actuellement. Ce système a pour buts faciliter la gestion des initiatives et demandes d'éducation pour la santé existantes pour améliorer la prise de décisions en promotion de la santé, fournir une référence qualifiée d'information en promotion de la santé, accessible aux centres et professionnels, avec implications des services sanitaires, système éducatif et services sociaux et améliorer la qualité et l'accessibilité de l'information sur la santé

<http://sipes.msc.es/sipes2/indexAction.do>

MISE À JOUR DU PORTEFEUILLE DE SERVICES

Comme l'on a exposé précédemment, dans la période de référence de ce rapport a été **mis à jour le portefeuille de services** du Système National de la Santé, ce qui a permis d'intégrer de nouvelles techniques et procédures **de prévention, diagnostics et thérapeutiques**, ainsi que retirer ce qui est devenu obsolète. Dans ce but on a introduit dans le portefeuille, pour la première fois, le criblage de cancer de côlon et on a procédé à l'unification des critères de cancer de sein, cervix et criblages néonataux, ainsi qu'à la mise à jour du portefeuille de services de procréation humaine médicalement assistée.

Le dépistage de maladies dans la phase présymptomatique moyennant **criblage** fait partie des activités de prévention des maladies qui sont recueillies dans l'annexe I du Décret Royal 1030/2006, du 15 septembre, sur portefeuille de services communs de santé publique et en divers paragraphes de l'annexe II et III correspondants à portefeuille de services communs des premiers soins et assistance spécialisée, respectivement.

Moyennant l'Arrêté SSI/2065/2014 du 31 octobre, en vertu duquel l'on modifie les annexes I, II et III du Décret Royal 1030/2006, du 15 septembre, en vertu duquel l'on établit le portefeuille de services communs du Système National de la Santé et la

procédure pour sa mise à jour, on a précisé et mis à jour la teneur du **portefeuille commun de criblages néonataux endocrino-métaboliques et populationnel du cancer côlorectal et de sein et criblage opportuniste de cervix**, qui ont été détaillés en pages précédentes.

L'instauration du programme populationnel de criblage néonatal de maladies endocrino-métaboliques du portefeuille commun basique de services d'assistance du Système National de la Santé sera accompagnée du développement pour part du Ministère de la Santé, des Services Sociaux et d'Égalité d'un système d'information permettant aux échelons autonome et de l'état d'effectuer un correct suivi et évaluation de ces programmes populationnels.

Le Ministère de la Santé, des Services Sociaux et d'Égalité élaborera un rapport technique annuel d'évaluation du programme de criblage qui mettra à disposition du citoyen et les administrations dans sa page web. De même, on établira des protocoles adoptés d'un commun accord dans le cadre du Conseil Interterritorial du Système National de la Santé permettant d'aborder dans toutes les Communautés Autonomes, d'une façon homogène et conformément à critères de qualité, les processus de criblage.

En outre on a publié, en juillet 2015, le catalogue **d'implants chirurgiques**, unique et commun pour toutes les Communautés Autonomes et sont en état avancé, le projet d'Arrêté Ministériel qui règle la procédure pour la mise à jour et l'offre de produits orthoprothétiques, et un projet d'Arrêté Ministériel en vertu duquel l'on intègre dans la prestation quelques sous-types de produits diététiques qui facilitent le traitement pour les patients avec des maladies bizarres.

Il est important de souligner le travail effectué sur l'infection par **le virus de l'hépatite C**, qui transforme l'Espagne en l'un des premiers pays européens en établissant une garantie de traitement pour les patients d'hépatite C avec les nouveaux antiviraux, en étant le premier pays qui affronte ce problème d'une façon globale et en permettant l'accès, en conditions d'équité, à un nombre très élevé de patients. Le Gouvernement et les Communautés Autonomes ont convenu le Plan Stratégique pour le Traitement de l'Hépatite C, et en vertu de ce plan on traite avec les nouveaux antiviraux d'action directe aux patients avec fibrose en stades F4, F3 et F2 (qu'impliquent environ 52.000 patients d'un total de 95.000 personnes diagnostiquées) et, dans quelques cas, avec un degré de fibrose inférieure.

Le plan est composé de quatre lignes stratégiques : quantifier l'envergure du problème, définir les critères scientifiques et cliniques pour une stratégie thérapeutique appropriée, établir les mécanismes de coordination et encourager la connaissance sur la maladie à travers la I+D+i.

DONNÉES NUMÉRIQUES, STATISTIQUES

Les Indicateurs Clés du Système National de la Santé (INCLASNS), recueillent l'ensemble prioritaire d'information des aspects importants de la santé et du système sanitaire espagnol, qui peut être consultée dans le suivant lien de la page Web du Ministère de la Santé, des Services Sociaux et d'Égalité : <http://inclasns.msssi.es/>

Situation actuelle du Cancer en Espagne

Actuellement le cancer continue à être l'un des groupes de maladies avec une plus grande importance en santé publique. Dans la population en général, le cancer est la deuxième cause de mort après les maladies de l'appareil circulatoire bien que dans les hommes soit, depuis l'année 2000, la première cause de mort. En 2012, une sur trois morts en hommes et une sur cinq en femmes ont été dues à tumeurs malignes, ce qui implique plus de la quatrième partie des décès en Espagne dans cette année.

Dans ce paragraphe on recueille une mise à jour de la situation épidémiologique du cancer en Espagne, dans le but final de servir d'appui dans la priorité des politiques en santé et la réduction de l'impact de ce groupe de maladies sur notre population, ainsi que les inégalités entre différents domaines géographiques.

Come sources d'information on a utilisé des données d'incidence disponibles dans la base des données du Réseau Espagnol de Registres de Cancer (REDECAN), les données de mortalité fournies par l'Institut National de Statistique (INE) jusqu'à l'année 2013, et les données de survie des registres espagnols participants au projet EUROCARE-5 (De Angelis R. et al., 2014). Pour les comparaisons internationales en termes d'incidence l'on a utilisé des données du projet EUCAN (à l'échelon européen) et GLOBOCAN (à l'échelon mondial).

On recueille en outre une révision de la situation actuelle du cancer des enfants dans notre pays, à partir des données du Registre Espagnol de Tumeurs des Enfants (RETI-SEHOP). Les données d'incidence de cancer des enfants sont fondées sur les domaines de couverture populationnelle de ce registre. Actuellement on a atteint une couverture du 94% du cancer des enfants en Espagne et environ 100% en 5 Communautés Autonomes (Aragon, Catalogne, Madrid, Navarre et Pays Basque).

Incidence du cancer en Espagne

Sur la base des estimations effectuées par REDECAN, on estime le nombre total de nouveaux cas/an en 2014 en 241.284, desquels 145.813 sont en hommes et 95.471 en femmes.

(Tableau 1). En ce qui concerne les données de 2012, impliquerait une augmentation du 12% en chiffres globaux (les deux sexes), un 13,4% d'augmentation en hommes et un 9,8% en femmes.

Tableau 1. Incidence du cancer en Espagne par âge en 2012 et prédiction en 2014

Année	Homme	Femme	Les deux sexes
2012	128.550	86.984	215.534
2014	145.813	95.471	241.284
Δ 2014-2012	17.263 (+13,43%)	8.487 (+9,76%)	25.750 (+11,95%)

Source : Réseau Espagnol de Registres de Cancer (REDECAN) et EUCAN-12

La tumeur la plus fréquente a été la côlorectale avec un total de 39.553 nouveaux cas. Cette tumeur est suivie du cancer de prostate avec 32.641 (14%), de poumon avec 27.859 (12%) et de sein avec 26.354 (11%) nouveaux cas.

Avec une plus grande différence est situé ensuite le cancer de vessie urinaire avec 20.254 nouveaux cas (8%). Par sexes, les cancers les plus fréquents en hommes ont été ceux de prostate (22%), côlorectal (16%), poumon (15%) et vessie urinaire (12%). Dans les femmes les cancers les plus fréquents ont été ceux de sein (28%), côlorectal (17%) et corps utérin (6%). Il faut souligner que le cancer de poumon a occupé déjà la quatrième position avec 5.404 cas nouveaux, ce qui représente le 6%. **(Tableau 2).**

Tableau 2. Les cinq types tumoraux les plus fréquents en Espagne. Estimations 2014

	Homme		Femme		Les deux sexes	
1 ^o	Prostate	22%	Mama	28%	Côlorectal	16%
2 ^o	Côlorectal	16%	Colorrectal	17%	Prostate	14%
3 ^o	Poumon	15%	Corps uterin	6%	Poumon	12%
4 ^o	Vessie	12%	Poumon	6%	Mamelle	11%
5 ^o	Estomac	4%	Vessie	4%	Vessie	8%

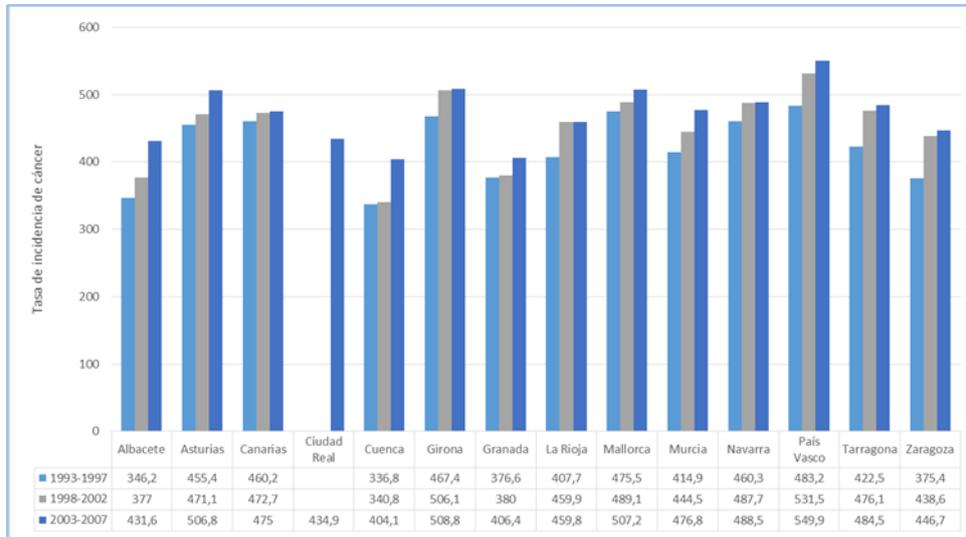
Source : Réseau Espagnol de Registres de Cancer (REDECAN). Galceran J et al. *Estimations de la survie du cancer en Espagne et sa situation en Europe. Rapport 2014.*

Tendances de l'incidence du cancer en Espagne

Les données d'incidence précédentes des registres de population avec une plus grande période de fonctionnement enregistrés dans les volumes VIII, IX et X de la publication Cancer Incidence in Five Continents, CIFIC (Parkin DM et al. 2002 ; Curado MP et al. 2007 ; Forman D et al. 2014) permettent d'avoir une idée de la tendance des taux d'incidence du cancer dans les dernières années.

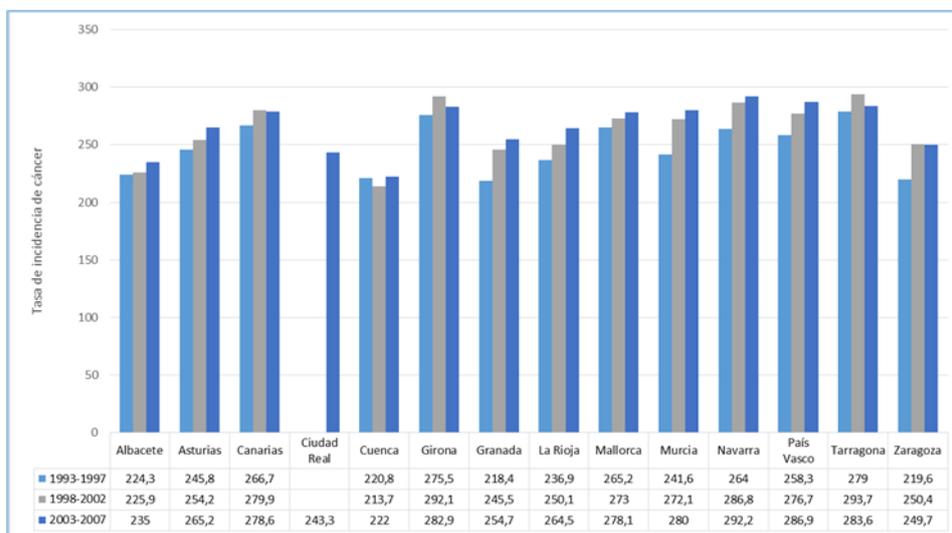
Les **Figures 2 et 3** montrent la variation de l'incidence dans la période 1993-2007. En particulier, on recueille pour les hommes et les femmes, les taux d'incidence de cancer ajustés par âge à la population standard européenne des périodes quinquennales 1993-1997, 1998-2002 et 2003-2007, des registres populationnels de cancer qui ont des données dans quelques des volumes VIII, IX et X de la série du CIFIC de l'International Agency for Research on Cancer, IARC.

Figure 1. Taux d'incidence de cancer ajustés par âge à la population standard européenne par registre de cancer et période chronologique. Tous les types tumoraux sauf peau non mélanome. Hommes



Source : Données de REDECAN. Galceran J et al. *Estimaciones de la survie du cancer en Espagne et sa situation en Europe. Rapport 2014.*

Figure 2. Taux d'incidence du cancer ajustés par âge à la population standard européenne par registre de cancer et période chronologique. Tous les types tumoraux sauf peau non mélanome. Femmes



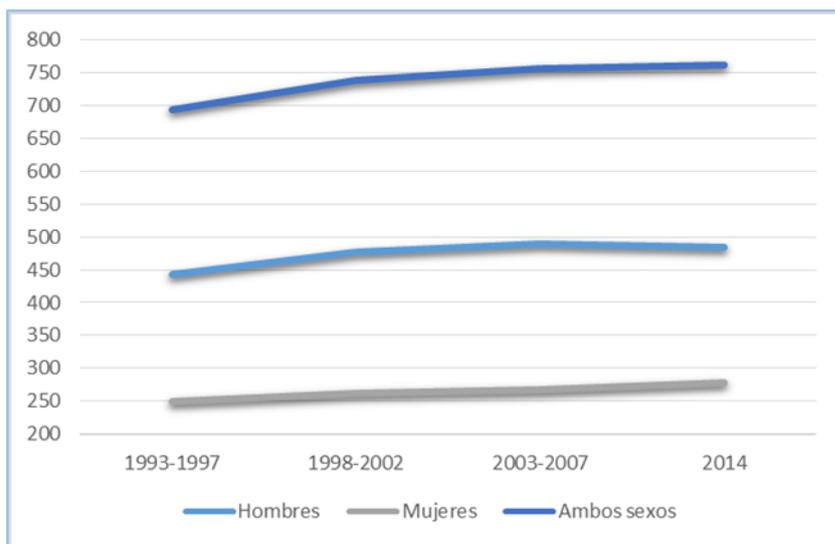
Source : Données de REDECAN. Galceran J et al. *Estimaciones de la survie du cancer en Espagne et sa situation en Europe. Rapport 2014.*

Comme l'on montre dans les **Figures 2 et 3**, dans toutes les régions et pour les deux sexes on observe une augmentation progressive de l'incidence dans cette période de temps. En hommes il faut souligner le taux d'Albacete qui avait, dans la période 1993-

1997, le deuxième taux le plus bas (346,2 pour 100.000) et a été la région qui l'a augmenté le plus en registres postérieurs. En femmes, on a donné d'étalons similaires mais avec des taux et variations entre 1993-1997 et 2003-2007 inférieurs aux hommes. Par ailleurs, les deux registres avec des taux les plus élevés en 1993-1997, Tarragone et Gérone, ont augmenté encore légèrement leurs taux dans la période 1998-2002, mais on a présenté une légère réduction dans le dernier espace de cinq ans.

Dans le rapport *Estimations, Incidence et survie du cancer en Espagne* effectué par REDECAN en 2014, on effectue une prévision pour l'année 2014 des taux d'incidence ajustés par âge à la population standard européenne par sexe, type tumoral et période chronologique (**Figure 4 et Tableau 3**). En hommes, pour l'ensemble de tous les cancers (sauf ceux de peau non mélanome), après une augmentation importante entre 1993-1997 et 2003-2007, on estime que le taux d'incidence a diminué un 1,2% entre ce dernier espace de cinq ans et l'année 2014. En femmes, après une augmentation de quelques 18 points entre 1993-1997 et 2003-2007, on estime que le taux d'incidence a augmenté un 4,1% entre ce dernier espace de cinq ans et l'année 2014.

Figure 3. Tendence de l'incidence de cancer ajustés par âge à la population standard européenne dans tous les types tumoraux, sauf peau non mélanome, en périodes chronologiques et prévision pour l'année 2014. Hommes, femmes et les deux sexes.



Source : Élaboration propre à partir des données de REDECAN. Galceran J et al. *Estimations de la survie du cancer en Espagne et sa situation en Europe. Rapport 2014*.

Par type de tumeur, en hommes, on estime que l'incidence a diminué, dans la période comprise entre l'espace de cinq ans 2003-2007 et 2014, d'une façon importante dans le cas des tumeurs de lèvre, cavité orale et pharynx (-21,2%), oesophage (-9,3%), estomac (-14,6%), foie (-6,8%) et larynx (-19,4%). Par contre, on estime qu'ont augmenté les taux d'incidence dans les cancers de côlon (14,0%), rectum (12,9%), mélanome cutané (19,4%), testicule (18,9%), thyroïde (20,0%) et lymphome de Hodgkin (14,7%).

En femmes, on estime que l'incidence a diminué d'une façon importante dans les tumeurs d'estomac (-7,0%), foie (-12,2%), vésicule et voies biliaires (-31,3%) et myélome multiple (-9,1%).

Par contre, on estime qu'ont augmenté leurs taux d'incidence les cancers de lèvre, cavité orale et pharynx (6,7%), oesophage (22,2%), côlon (17,5%), rectum (4,5%), pancréas (15,4%), larynx (25,0%), poumon (48,2%), col de l'utérus (27,6%), rein (8,0%), vessie urinaire (29,4%), thyroïde (8,5%) et lymphome de Hodgkin (12,5%). (Tableau 3).

Tableau 3. Taux d'incidence ajustés par âge à la population standard européenne par type tumoral en 2003-2007 ; prévision pour l'année 2014 et pourcentage de variation entre 2003-2007 et 2014. Espagne, Hommes et femmes.

Type de cancer	2003-2007	2014 projections	Variation	2003-2007	2014 projections	Variation
	Homme			Femme		
Lèvre Cavité orale et Pharynx	22,6	17,8	-21%	4,5	4,8	7%
Oesophage	7,5	6,8	-9%	0,9	1,1	22%
Estomac	19,2	16,4	-15%	8,6	8	-7%
Côlon	42,1	48	14%	25,1	29,5	18%
Rectum	24,1	27,2	13%	11,1	11,6	5%
Foie	14,8	13,8	-7%	4,1	3,6	-12%
Vésicule et voies biliaires	3,4	3,3	-3%	3,2	2,2	-31%
Pancréas	10,5	11,1	6%	6,5	7,5	15%
Larynx	15,5	12,5	-19%	0,8	1	25%
Poumon	80,7	75,8	-6%	11,2	16,6	48%
Mélanome cutané	7,2	8,6	19%	7,9	7,5	-5%
Mamelle	-	-	-	87,3	85	-3%
Col de l'Utérus	-	-	-	6,5	8,2	26%
Corps Utérin	-	-	-	14,5	18,5	28%
Ovaire	-	-	-	10,7	10,2	-5%
Prostate	96,4	103,4	7%	-	-	-
Testicule	3,7	4,4	19%	-	-	-
Rein	11,7	12,2	4%	5	5,4	8%
Vessie Urinaire	55	54,9	0%	6,8	8,8	29%
Encéphale et SNC	8,2	8,4	2%	5,3	5,2	-2%
Thyroïde	2,5	3	20%	8,2	8,9	9%
Lymphome de	3,4	3,9	15%	2,4	2,7	13%
Hodgkin	14,2	14,6	3%	10,2	9,5	-7%
Lymphomes	4,9	4,6	-6%	3,3	3	-9%

non						
de Hodgkin	13,1	12,4	-5%	7,7	7,3	-5%
Myélome	28,6	20,3	-29%	16,3	12,8	-22%
Total	489,3	483,3	-1,2%	267,9	278,8	4,1%

Source: Élaboration propre à partir des données de REDECAN. Galceran J et al. *Estimaciones de la supervivencia del cáncer en Espagne et sa situation en Europe. Rapport 2014.*

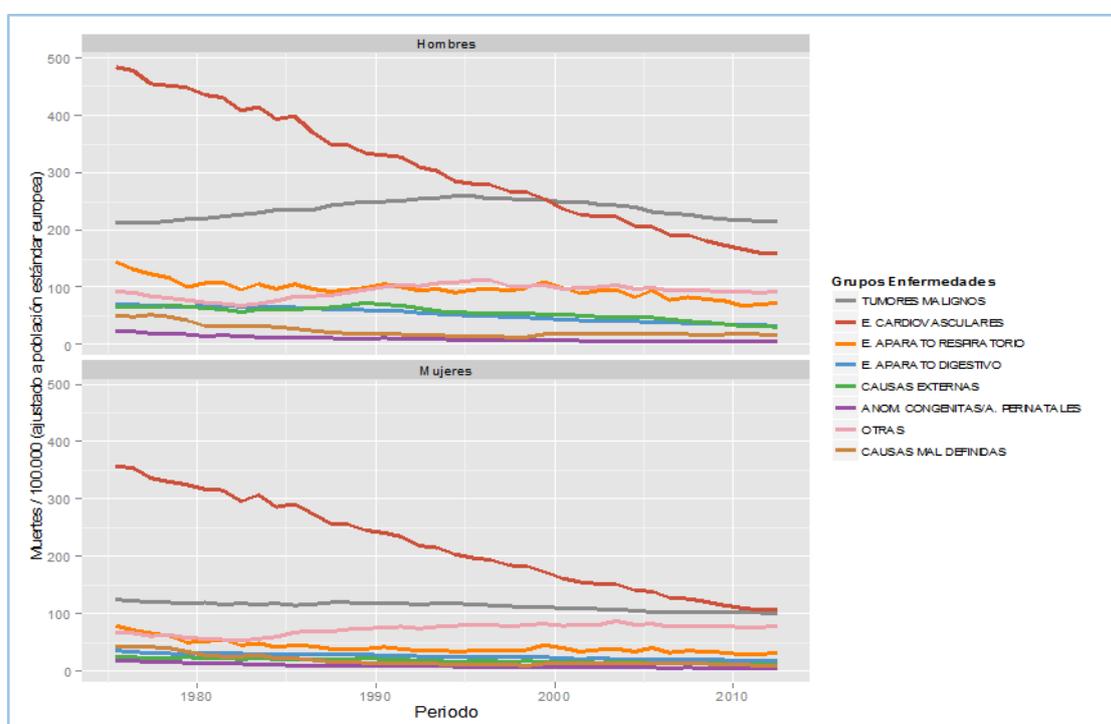
Mortalité

Le cancer est l'un des principales causes de mortalité en Espagne.

Dans l'année 2014, on a eu lieu en Espagne un total de 110.278 décès dus à tumeurs, ce qui représente le 27,9% des décès totaux. Par sexe, les tumeurs ont été la première cause de mort dans les hommes (avec un taux de 294,6 décédés sur 100.000) et la deuxième cause de mort dans les femmes (avec 182,1).

Bien qu'en termes absolus, les tumeurs malignes occupent encore le deuxième lieu en termes de nombre total de décès après les maladies cardio-vasculaires, les taux de mortalité pour cancer ajustés par âge, tout en combinant les deux sexes et en utilisant la population européenne comme standard, dépassent déjà les maladies de l'appareil circulatoire depuis 2006. Leur poids, néanmoins, est un peu différent par sexes: il y a déjà plus d'une décennie que les tumeurs sont la première cause de décès en hommes, et dans les femmes les taux ajustés par âge des maladies cardio-vasculaires dépassent encore ceux du cancer bien qu'à une distance chaque fois plus petite (Figure 9).

Figure 4. Tendence de la mortalité en Espagne par grands groupes de maladie (1975-2012)



Source : López-Abente et al. *La situation du cancer en Espagne. Rapport 2015*. Madrid: Institut de la Santé Carlos III, ISCIII, 2015

En termes de mortalité absolue, les tumeurs responsables d'un plus grand nombre de morts ont été, pour les hommes, le cancer de poumon (17.577 décès), le cancer côlorectal (9.236 décès) et celle de prostate (5.787 décès) dans l'année 2013, et dans le cas des femmes, le cancer de sein (6.477 morts), côlorectal (6.364 morts) et celui de poumon (4.112 morts). **(Tableau 4)**. En Europe, de la même façon qu'en Espagne, les trois tumeurs responsables d'un plus grand nombre de décès ont été, par cet ordre, le cancer de poumon, le cancer côlorectal et le cancer de sein.

Tableau 4. Nombre de décès causés par les 5 types tumoraux avec une plus grande mortalité en Espagne dans l'année 2013

	Homme	Femme	Les deux sexes
1 ^o	Poumon 17.577 (27%)	Mamelle 6.477 (16%)	Poumon 21.689 (20%)
2 ^o	Côlorectal 9.236 (14%)	Côlorectal 6.364 (16%)	Côlorectal 15.600 (15%)
3 ^o	Prostate 5.787 (9%)	Poumon 4.112 (10%)	Mamelle 6.589 (6%)
4 ^o	Vessie urinaire 4.191 (6%)	Pancréas 2.870 (7%)	Pancréas 6.039 (6%)
5 ^o	Estomac 3.443 (5%)	T. mal définis 2.291 (6%)	Prostate 5.787 (5%)
Totaux	Tous 66.000	Tous 41.000	Tous 107.000

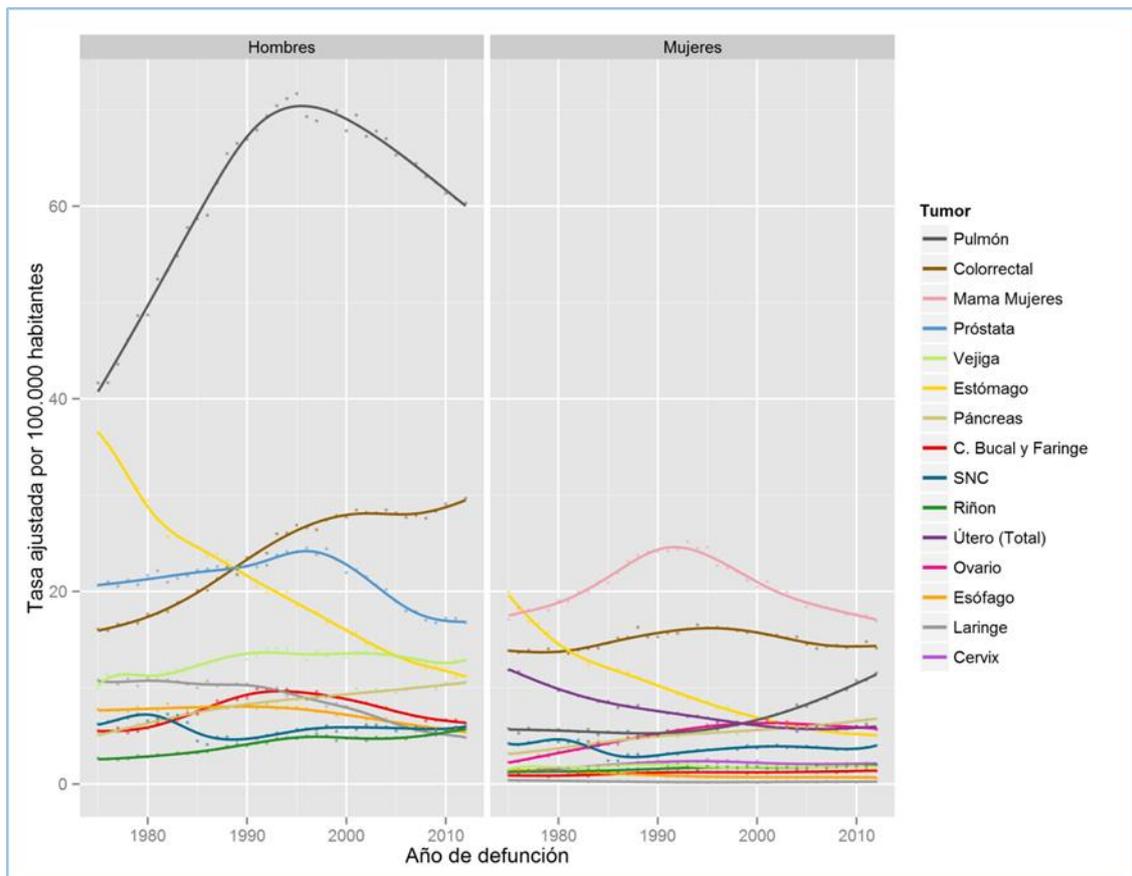
Source : INE 2013

Tendance de la mortalité

Malgré le nombre de décès pour cancer dans notre pays celui-ci continue à être très élevé, dans les derniers 10 ans, le taux global de mortalité a diminué d'une façon significative **(Figure 9)**. Entre les 35 et 64 ans la réduction en hommes arrive au 2% par an, tandis que dans les femmes diminue un 0,3% annuel.

Cela est dû principalement à la chute des taux de mortalité en hommes pour cancer de poumon, prostate et d'appareil digestif (cancer de bouche et pharynx, oesophage, estomac) et à la réduction en cancer de sein, utérus, estomac et côlorectal en femmes **(Figure 10)**.

Figure 5. Tendence de la mortalité pour cancer en Espagne (1975-2012) (population standard européenne)



Source: López-Abente et al. *La situation du cancer en Espagne. Rapport 2015*. Madrid: ISCIII, 2015

En particulier, et en termes des taux de mortalité ajustés (morts/100.000) (population standard européenne), le pourcentage de changement annuel dans la période 2003-2012 a été de -1,32% en hommes et de -0,56% en femmes. Le détail pour type de tumeur peut être consulté dans **le Tableau 5**.

Cette évolution contraste avec l'augmentation de la mortalité pour cancer de pancréas (1% en hommes et 2% en femmes entre 2003-2012), et surtout avec l'augmentation prononcée des taux de cancer de poumon en femmes, qui dans les derniers 10 ans est en augmentant un 4,1% annuel.

Une autre donnée qui vaut la peine est souligner l'importante réduction de la mortalité qui est enregistrée dans la catégorie de tumeurs mal définies, qui probablement reflète l'amélioration tant des diagnostics dans la pratique clinique que de la qualité des certificats de décès.

Tableau 5. Mortalité pour cancer en Espagne: Taux ajustés en 2012 (morts/100.000) et pourcentage de changement annuel (%) dans les dernières 10 années (2003-2012) (population standard européenne)

TUMOR (CIE 10)	Tasa	%Δ	IC 95%	Tasa	%Δ	IC 95%
C. BUCAL Y FARINGE	6,33	-2,38	(-2,88 ; -1,87)	1,37	1,28	(0,27 ; 2,30)
ESÓFAGO	5,40	-2,11	(-2,65 ; -1,57)	0,58	-0,68	(-2,02 ; 0,68)
ESTÓMAGO	11,21	-2,57	(-2,92 ; -2,21)	5,03	-2,38	(-2,83 ; -1,93)
I. DELGADO	0,43	2,04	(-0,20 ; 4,33)	0,19	1,65	(-0,84 ; 4,20)
COLORRECTAL	29,66	0,57	(0,33 ; 0,81)	14,10	-0,57	(-0,85 ; -0,29)
HIGADO	11,24	-0,28	(-0,68 ; 0,11)	3,62	-0,93	(-1,48 ; -0,39)
VESÍCULA	1,64	-1,71	(-2,68 ; -0,74)	1,49	-4,12	(-4,87 ; -3,37)
PANCREAS	10,63	1,13	(0,71 ; 1,55)	6,74	1,93	(1,48 ; 2,38)
PERITONEO	0,36	-2,47	(-4,58 ; -0,32)	0,40	-0,03	(-1,94 ; 1,92)
DIGESTIVO NO ESP	0,81	-2,13	(-3,43 ; -0,80)	0,47	-2,18	(-3,55 ; -0,79)
FOSAS NASALES	0,22	-0,84	(-3,52 ; 1,90)	0,09	1,04	(-2,87 ; 5,11)
LARINGE	4,83	-3,48	(-4,02 ; -2,93)	0,24	-1,08	(-3,52 ; 1,42)
PULMON	60,31	-1,25	(-1,41 ; -1,08)	11,54	4,06	(3,64 ; 4,48)
PLEURA	0,73	1,68	(0,04 ; 3,34)	0,19	0,59	(-2,00 ; 3,25)
OTROS TORAX	0,39	-3,36	(-5,24 ; -1,44)	0,17	2,69	(-0,48 ; 5,96)
HUESOS	0,66	-1,18	(-2,83 ; 0,50)	0,39	0,26	(-1,70 ; 2,26)
T. CONJUNTIVO	1,01	0,87	(-0,49 ; 2,25)	0,84	1,07	(-0,35 ; 2,51)
MELANOMA CUTANEO	1,83	1,03	(0,03 ; 2,04)	1,03	-0,5	(-1,60 ; 0,61)
PIEL	1,15	1,45	(0,19 ; 2,73)	0,48	0,02	(-1,39 ; 1,45)
MAMA	0,31	2,14	(-0,47 ; 4,82)	16,91	-1,11	(-1,38 ; -0,83)
ÚTERO	-	-	-	5,74	0,65	(0,16 ; 1,14)
OVARIO	-	-	-	5,67	-0,78	(-1,26 ; -0,30)
OTROS GENIT.FEM	-	-	-	0,72	-0,54	(-1,72 ; 0,65)
PRÓSTATA	16,76	-2,26	(-2,54 ; -1,97)	-	-	-
TESTÍCULO	0,14	-0,11	(-3,26 ; 3,16)	-	-	-
OTROS GENIT.MASC	0,38	-0,59	(-2,58 ; 1,44)	-	-	-
VEJIGA	12,83	-0,73	(-1,08 ; -0,38)	1,78	0,27	(-0,48 ; 1,02)
RIÑÓN	5,74	2,39	(1,80 ; 2,98)	2,03	1,91	(1,07 ; 2,75)
OJO	0,12	0,34	(-3,33 ; 4,15)	0,10	4,07	(-0,02 ; 8,32)
SNC	6,01	-0,02	(-0,59 ; 0,54)	4,01	0,21	(-0,42 ; 0,85)
TIROIDES	0,40	2,40	(0,20 ; 4,64)	0,45	-0,59	(-2,15 ; 1,00)
OTROS ENDOCRINO	0,46	1,08	(-1,05 ; 3,25)	0,32	-1,35	(-3,73 ; 1,09)
T. MAL DEFINIDOS	8,43	-7,82	(-8,15 ; -7,49)	4,89	-5,76	(-6,15 ; -5,38)
LNH	4,44	-1,01	(-1,60 ; -0,41)	2,93	-0,94	(-1,57 ; -0,30)
HODGKIN	0,49	-0,79	(-2,61 ; 1,07)	0,29	0,24	(-1,85 ; 2,37)
MIELOMA	2,83	-0,51	(-1,26 ; 0,25)	1,93	-0,74	(-1,49 ; 0,01)
LLC	1,20	-1,66	(-2,74 ; -0,56)	0,54	-0,84	(-2,1 ; 0,43)
LEUCEMIA (TOTAL)	6,18	-1,13	(-1,64 ; -0,62)	3,68	-0,51	(-1,09 ; 0,07)
TOTAL	215,00	-1,32	(-1,40 ; -1,23)	100,59	-0,56	(-0,67 ; -0,45)

HOMMES

FEMMES

TUMEUR (CIE 10)
C. DE BOUCHE ET PHARYNX
OESOPHAGE
ESTOMAC
INTESTIN GRÊLE
CÔLORECTAL

FOIE
VÉSICULE
PANCRÉAS
PÉRITOINE
DIGESTIF NON ESP.
FOSSES NASALES
LARYNX
POUMON
PLÈVRE
AUTRES THORAX
OS
TISSU CONJONCTIF
MÉLANOME CUTANÉ
PEAU
SEIN
UTÉRO
OVAIRE
AUTRES GÉNIT. FÉMININS
PROSTATE
TESTICULE
AUTRES GÉNIT. MASCULINS
VESSIE
REIN
OEIL
SNC
THYROÏDE
AUTRES ENDOCRINE
T. MAL DÉFINIES
LNH
HODGKIN
MYÉLOME
LLC
LEUCÉMIE (TOTAL)

SOURCE : Pérez-Gómez et al. *Mortalité pour cancer en Espagne. Rapport 2015*. Madrid : ISCIII, 2015

Survie

Les principaux facteurs influant sur la survie des personnes avec cancer, outre la biologie de la tumeur, sont tant le stade du cancer au moment du diagnostic, que l'effet des procédés thérapeutiques. Pour cela, la survie est considérée le principal indicateur d'efficacité du système d'assistance dans le contrôle du cancer.

L'étude EUROCARE (*Survival of cancer patients en Europe*), c'est une étude de base populationnelle qui fournit d'estimations de la survie du cancer en Europe, depuis plus de 20 ans. Les estimations de survie en Espagne dans la période la plus récente correspondent à celles du projet EUROCARE-5 (De Angelis R, et al. 2014), qui a compris des données de presque 9 millions des cas de cancer en adultes diagnostiqués dans la période 2003-2007 en Europe.

En Espagne on a participé neuf registres de cancer de base populationnelle qui ont fourni des données de 157.149 cas incidents de la période 2000-2007. Les registres impliqués ont été: Albacete, Castellón (cancer de sein), Cuenca, Pays Basque, Gérone, Grenade, Murcie, Navarre et Tarragone.

Survie en Espagne dans la période 2000-2007

En hommes, le taux de survie observée à 5 ans pour le total de cancers sauf peau non mélanome a été de 41,2%, tandis que la survie relative, c'est-à-dire, en éliminant l'effet des autres causes de mort, a été de 49,0% (**Tableau 6**).

Par contre, en femmes les valeurs ont été très élevées. La survie observée à 5 ans, a été de 54% et la relative de 59,4% (**Tableau 7**). La principale cause de la différence de survie entre sexes est la différente distribution des nouveaux cas par type tumoral. Par exemple, le cancer de poumon, l'un des cancers de pire pronostic, est sept fois plus fréquent en hommes qu'en femmes.

Tableau 6. Survie relative de cancer en Espagne par type de cancer, 2000-2007 (EUROCORE-5). Hommes

HOMMES (15-99 ans)	Cas	%	1	%	3	% 5 Ans
Cavité orale et Pharynx	3.201	71,71	43,94	35,71		
Oesophage	1.505	39,29	12,97	9,26		
Estomac	4.038	46,43	27,71	23,06		
Côlon	8.295	75,62	61,61	55,05		
Rectum	5.047	80,66	64,26	55,91		
Côlorectal	13.230	77,42	62,49	55,32		
Foie	2.493	39,59	20,56	13,77		
Vésicule et voies biliaires	815	42,03	24,00	18,49		
Pancréas	1.870	21,81	7,04	4,62		
Larynx	3.085	85,57	68,23	61,50		
Poumon	14.759	36,73	14,00	9,97		
Mélanome cutané	1.344	94,11	84,34	78,18		
Prostate	18.418	94,82	88,57	84,48		
Testicule	694	98,05	95,12	94,99		
Rein	2.788	75,43	63,77	58,66		
Vessie Urinaire	9.735	85,89	74,30	68,51		
Encéphal et Système Nerveux	1.278	32,44	16,21	12,70		
Thyroïde	365	90,14	86,41	82,46		
Lymphome de Hodgkin	528	90,92	85,82	82,88		
Lymphomes non de Hodgkin	3.257	76,75	65,91	59,93		
Myélome	902	69,41	45,79	31,70		
Leucémie lymphocytaire	837	90,12	80,18	71,98		
Leucémie lymphocytaire	138	53,12	36,05	33,63		
Leucémie myéloïde chronique	177	84,14	64,64	61,01		
Leucémie myéloïde aiguë	583	36,00	20,47	18,99		
Tous	85.099	68,72	54,17	48,98		

Cas : Nombre de cas à risque. Survie relative : Taux de survie relative à 1, 3 et 5 ans.

Source : Élaboration propre à partir des données de REDECAN. Galceran J et al. *Estimations de la survie du cancer en Espagne et sa situation en Europe. Rapport 2014*

Tableau 7. Survie relative de cancer en Espagne par type de cancer, 2000-2007 (EUROCARE-5). Femmes

FEMMES (15-99 ans)	CAS	% 1	% 3	% 5 Años
Cavité orale et Pharynx	701	77,53	59,79	53,56
Oesophage	225	40,73	15,08	12,16
Estomac	2.266	47,37	29,43	25,42
Côlon	5.934	74,96	61,35	55,52
Rectum	2.852	78,62	61,99	54,24
Côlorectal	8.768	76,02	61,45	55,01
Foie	923	32,18	16,83	10,61
Vésicule et voies biliaires	1.148	28,02	14,15	11,70
Pancréas	1.623	20,03	7,49	5,39
Larynx	127	88,01	78,48	71,79
Poumon	1.997	43,06	20,80	15,29
Mélanome cutané	1.766	97,24	92,08	88,68
Sein	18.474	96,28	90,27	85,18
Col de l'utérus	1.347	86,81	72,04	66,06
Corps utérin	3.733	89,86	79,95	76,05
Ovaire	2.211	73,90	51,45	42,57
Rein	1.232	74,08	63,48	57,83
Vessie urinaire	1.618	81,88	70,62	66,83
Encéphale et Système	1.110	30,68	15,86	11,69
Thyroïde	1.369	95,6	94,07	92,52
Lymphome de Hodgkin	348	95,90	90,71	88,09
Lymphomes non de Hodgkin	2.663	77,53	67,16	62,37
Myélome	839	70,49	44,60	32,71
Leucémie lymphocytaire	560	91,83	81,12	72,94
Leucémie lymphocytaire	111	42,84	30,39	25,27
Leucémie myéloïde chronique	140	80,35	70,68	65,19
Leucémie myéloïde aiguë	445	39,29	26,32	24,56
Tous	56.296	75,77	64,42	59,42

Cas : Nombre de cas à risque. Survie relative : Taux de survie relative à 1, 3 et 5 ans.

Source : Élaboration propre à partir des données de REDECAN. Galceran J et al. *Estimations de la survie du cancer en Espagne et sa situation en Europe. Rapport 2014*

Tendance dans la période 1995-2007

Pour effectuer une analyse de la tendance de la survie tout au long du temps nous disposons des données des patients diagnostiqués dans la période 1995-1999 (projet EUROCARE-4) et les données des patients diagnostiqués dans la période 2000-2007 (projet EUROCARE-5) (**Tableaux 8 et 9**).

Par sexe, en hommes, la survie observée entre les deux périodes est augmentée en 4,8 points en pourcentage. En femmes on a observé une augmentation du 1,7 points. Néanmoins, ces pourcentages varient en fonction du type tumoral.

De cette façon, en hommes il y a 10 types tumoraux qui ont présenté des réductions de la survie et 12 types qui ont présenté augmentations et en femmes 18 types

tumoraux qui sont augmentés et 5 types qui sont réduits. Néanmoins, la plupart des changements ont été très petits et sans importance.

Tableau 8. Taux de survie de cancer à 5 ans, ajusté par âge, en Espagne par type de cancer et période (EUROCARE-4 et EUROCARE-5). Hommes

HOMMES (15-99 ans)	EUROCARE-4 (1995-1999)	EUROCARE-5 (2000-2007)	% variation entre des périodes
	SR	SR	
Cavité orale et Pharynx	37,47	34,62	-2,85
Oesophage	9,82	9,03	-0,79
Estomac	26,18	24,19	-1,99
Côlon	53,85	56,56	2,71
Rectum	51,29	56,1	4,81
Côlorectal	52,83	56,42	3,59
Foie	11,14	14,45	3,31
Vésicule et voies biliaires	16,62	20,24	3,62
Pancréas	5,31	5,22	-0,09
Larynx	63,49	59,46	-4,03
Poumon	10,16	10,06	-0,1
Mélanome cutané	78,27	79,05	0,78
Prostate	75,44	84,59	9,15
Testicule	94,93	-	-
Rein	59,82	57,48	-2,34
Vessie urinaire	73,71	70,29	-3,42
Encéphale et Système	14,92	17,23	2,31
Thyroïde	71,87	75,61	3,74
Lymphome de Hodgkin	80,08	78,65	-1,43
Lymphomes non de	50,17	58,19	8,02
Myélome	31,32	34,22	2,9
Leucémie lymphocythique	75,31	73,14	-2,17
Leucémie lymphocythique	25,34	-	-
Leucémie myéloïde	37,55	54,35	16,8
Leucémie myéloïde aiguë	15,22	17,52	2,3
TOUS	44,11	48,88	4,77

Source: Élaboration propre à partir des données de REDECAN. Galceran J et al. *Estimations de la survie du cancer en Espagne et sa situation en Europe. Rapport 2014.*

Tableau 9. Taux de survie de cancer à 5 ans, ajusté par âge, en Espagne par type de cancer et période (EUROCARE-4 et EUROCARE-5). Femmes

FEMMES (15-99 ans)	EUROCARE-4 (1995-1999) SR	EUROCARE-5 (2000-2007) SR	% variation entre périodes
Cavité orale et Pharynx	51,91	53,10	1,19
Oesophage	-	-	-
Estomac	30,42	28,29	-2,13
Côlon	56,32	58,13	1,81
Rectum	52,27	56,85	4,58
Côlorectal	54,82	57,62	2,80
Foie	13,92	14,97	1,05
Vésicule et voies	15,50	-	-
Pancréas	5,32	6,96	1,64
Larynx	70,38	69,18	-1,20
Poumon	13,38	14,72	1,34
Mélanome cutané	87,74	88,92	1,18
Sein	80,33	82,76	2,43
Col de l'utérus	62,74	63,91	1,17
Corps utérin	73,12	74,42	1,30
Ovaire	36,90	36,80	-0,10
Rein	58,16	59,42	1,26
Vessie urinaire	75,20	70,82	-4,38
Encéphale et SNC	-	17,82	-
Thyroïde	85,49	86,81	1,32
Lymphome de Hodgkin	80,19	86,10	5,91
Lymphomes non de	54,24	63,26	9,02
Myélome	37,20	38,70	1,50
Leucémie	81,20	75,55	-5,65
Leucémie	-	27,61	-
Leucémie myéloïde	43,33	59,64	16,31
Leucémie myéloïde	14,43	21,37	6,94
TOUS	56,31	57,96	1,65

Source: Élaboration propre à partir des données de REDECAN. Galceran J et al. *Estimations de la survie du cancer en Espagne et sa situation en Europe. Rapport 2014.*

D'AUTRES DONNÉES STATISTIQUES D'INTÉRÊT

L'espérance de vie à la naissance en 2013 a été en Espagne de 80,1 en hommes et de 86,0 en femmes.

Ans	Espérance de vie à la naissance (Hommes)			Espérance de vie à la naissance (Femmes)		
	Donnée Précédente	Nouveau calcul (changement population INE)*	calcul population	Donnée Précédente	Nouveau calcul (changement population INE)*	calcul
2008	78,17	78,25		84,27	84,56	
2009	78,7	78,70		84,9	84,95	
2010	79,08	79,15		85,29	85,42	
2011	---	79,42		---	85,55	
2012	---	79,65		---	85,78	
2013	---	80,10		---	86,02	

*L'Institut National de Statistique (INE) a introduit une modification dans la population espagnole de référence et, à la suite, on a modifié le calcul des espérances de vie. On a homogénéisé vers l'arrière pour maintenir la cohérence interne du tableau.

Depuis l'année 2001 à 2013, l'espérance de vie a augmenté 3,9 ans en hommes et 2,8 ans en femmes.

Les problèmes cardio-vasculaires continuent à être la cause principale de mort en Espagne.

Les maladies cardio-vasculaires continuent à être le groupe avec un plus grand nombre de décès. En 2013 ont représenté le 30,1% du total des décès (causes de mort suivant le classement international et maladies –CIE- versión 10).

L'évolution de la mortalité pour cardiopathie ischémique depuis 2010 à 2013 ajustée par âge et par 100.000 habitants montre une tendance descendante (43,24, 41,26, 40,24 et 38,13 respectivement). Source : <http://inclasns.msssi.es/main.html>

Situation de morts pour SIDA.

La mortalité pour SIDA en Espagne a diminué remarquablement depuis l'introduction des traitements antirétroviraux de haute efficacité (TARGA). Entre l'année 1981 et 2013 (la dernière année avec données disponibles) on a eu lieu en Espagne un total de 54.592 décès par VIH/Sida en correspondant un 81,1% aux hommes et un 18,9% à femmes. À partir de 1995 le nombre de morts pour sida a été en diminuant de 5.551 cette année à 1.711 en 2000, 1.020 en 2010 et 749 en 2013, ce qui implique un 0,2% du total de décès en 2013.

Cause principales de mortalité des enfants et maternelle.

Le taux de mortalité des enfants en 2013 a été de 2,7 pour 1.000 nés vivants. La cause la plus fréquente de décès des enfants est constituée par le groupe d'Anomalies Congénitales du Classement International des Maladies, avec le 23,5% des décès.

La mortalité des enfants montre une tendance décroissante (3,19, 3,19, 3,09 et 2,7 sur 1.000 nés vivants) depuis 2010 à 2013, date des dernières données disponibles.

En ce qui concerne la mortalité maternelle, son ampleur est très basse en Espagne. On a eu lieu 18 décès maternels en 2013, ce qui implique un taux de 4,2 sur 100.000 nés vivants.

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE LA GROSSESSE

Les publications annuelles mentionnées dans le paragraphe 2 de l'article 11.1 précédemment mentionnées, correspondantes aux années 2012 à 2014 toutes les deux incluses, comprennent des Données statistiques, Figures et Graphiques, concernant l'Ensemble de l'État.

CAMPAGNES D'INFORMATION

- PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ ET D'ENCOURAGEMENT D'ALIMENTATION SAINES, PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET D'AUTRES HABITUDES SAINES- (Stratégie NAOS – AECOSAN)
- HYGIÈNE ET SÉCURITÉ ALIMENTAIRE (D'autres Unités de l'AECOSAN)

CAMPAGNES 2010-2015	OBJECTIF	PÉRIODE	FORMAT MOYENS	ET
2010. Promotion d'une alimentation saine et de l'Exercice physique. Réduction de la consommation du sel.	Adressé à toute la population pour encourager les habitudes saines en ce qui concerne l'alimentation et l'exercice physique, et plus particulièrement sur les recommandations de réduction de la consommation du sel.	Mai et novembre.	Adaptations graphiques, affiches, dépliants. Presse Extérieure, Internet, marketing direct (distribution matérielle CC.AA. et ONGs).	
2011 Adressé à réduire la consommation du sel et graisses et encourager l'Activité Physique en population adulte. PLAN CUIDATE + http://www.plancuidatemas.ae san.msssi.gob.es/	Adressé à toute la population pour encourager les habitudes saines en ce qui concerne l'alimentation et l'exercice physique, et plus particulièrement sur les recommandations de réduction du sel.	Octobre-décembre	Divulcation en ligne. Portail web promu en Réseaux sociaux.	
2012 Adressé à réduire la consommation du sel et des graisses et encourager l'Activité Physique en population adulte (deux ans 2011 et 2012). PLAN CUIDATE +. http://www.plancuidatemas.ae san.msssi.gob.es/	Adressé à toute la population pour encourager les habitudes saines en ce qui concerne l'alimentation et l'exercice physique, et plus particulièrement sur les recommandations de réduction de la consommation du sel et graisses.	Octobre-décembre	Divulcation en ligne. Portail web promu en Réseaux sociaux	

<p>2013</p> <p>Adressé à encourager l'alimentation saine, la pratique d'activité physique varié à travers le loisir actif et en outre d'autres habitudes saines (hygiène, sommeil...), pour prévenir l'obésité et encourager habitudes de vie saines.</p> <p>ACTIVILANDIA http://www.activilandia.aecosan.msssi.gob.es/</p>	<p>Pour les enfants de 6-12 ans. Se compose aussi d'une partie structurée et adressée expressément aux parents et aux professeurs des écoles. http://www.activilandia.aecosan.msssi.gob.es/observatorio.html</p>	<p>Novembre-janvier 2014</p>	<p>Divulgation en ligne. Portail web et jeux promu en Réseaux sociaux.</p>
<p>2014</p> <p>Adressé à sensibiliser et informer des habitudes saines (alimentation saine, varié et équilibrée et pratiquer activité physique d'une façon habituelle, tout en réduisant de cette façon les comportements sédentaires) pour prévenir l'obésité.</p> <p>MOVIMIENTO, ACTIVATE www.movimientoactivate.es/</p>	<p>Pour les adolescents de 13 à 17 ans.</p>	<p>Novembre – janvier 2015</p>	<p>Divulgation en ligne. Portail web et jeux promu en Réseaux sociaux.</p>

De même, on a effectué les suivantes **campagnes institutionnelles** d'information et sensibilisation à la population, concernant l'alcool, (période de 2012 à 2015):

- "Contrôlent les drogues votre vie?"
- "Drogues, addictions et aptitude pour conduire"
- "Mineurs, ni une goutte d'alcool"
- "Ne ruinez pas votre vie"

Disponibles à:

<http://pnsd.msssi.gob.es/noticiasEventos/campañasPreventivasInformativas/otrasCampañas/home.htm>

DONNÉES STATISTIQUES CONCERNANT LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Espagne	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nombre de médecins en exercice	13.600	147.833	154.767	160.933	161.033	162.900	166.800	175.033	179.267	178.833	177.655
Médecins en exercice pour 1.000 habitants	3,22	3,44	3,55	3,62	3,56	3,54	3,60	3,76	3,84	3,82	3,81
Nombre de dentistes diplômés	20.005	21.055	22.150	23.300	24.515	25.697	26.725	27.826	29.070	31.261	32.429
Dentistes diplômés pour 1.000 habitants	0,47	0,49	0,51	0,52	0,54	0,56	0,58	0,60	0,62	0,67	0,70
Nombre de pharmaciens en exercice	32.233	34.700	37.433	40.967	43.067	45.700	43.500	43.000	43.767	49.200	52.100

Nombre de pharmaciens en exercice pour 1.000 habitants	0,76	0,81	0,86	0,92	0,95	0,99	0,94	0,92	0,94	1,05	1,12
Source	Pour les médecins et pharmaciens en exercice : Institut National de Statistique (INE). Enquête de la Population Active (EPA). Pour les dentistes diplômés : Institut National de Statistique (INE). Registre de Professionnels Membres d'un Collège.										

Infirmières et sages-femmes

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nombre d'infirmières en exercice	180.833	184.600	190.400	197.867	208.267	221.600	229.700	239.867	243.967	245.300	239.767
Nombre d'infirmières en exercice pour 1.000 habitants	4,29	4,30	4,36	4,46	4,60	4,82	4,95	5,15	5,22	5,24	5,14
Nombre d'infirmières diplômées	214.005	218.789	224.227	230.182	235.943	242.923	248.091	255.335	260.596	257.639	258.198
Nombre d'infirmières diplômées pour 1.000 habitants	5,07	5,10	5,14	5,18	5,22	5,29	5,35	5,48	5,58	5,51	5,54
Note :	Le nombre d'infirmières en exercice comprend les sages-femmes.										
Source	Pour les infirmières en exercice: Institut National de Statistique (INE). Enquête de la Population Active (EPA). Pour les infirmières diplômées: Institut National de Statistique (INE). Registre de Professionnels Membres d'un Collège.										

En ce qui concerne les données sur professionnels sanitaires qui actuellement exercent en Espagne, à la date du rapport le Registre de l'État des Professionnels Sanitaires ne se trouve pas opérationnel.

Néanmoins, si l'on veut une augmentation des données disponibles, l'on peut recourir au Portail Statistique du Ministère de la Santé, des Services Sociaux et d'Égalité:
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSansSNS/home.htm>

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE : QUESTIONS POSÉES DANS LE DOCUMENT DES CONCLUSIONS DE JANVIER 2014 (CONCLUSIONS XX-2 / 2013) SUR L'ARTICLE 11.1

Tel que l'on a indiqué déjà dans l'introduction à ce rapport, on doit prendre en considération que le droit à la protection de la santé, réglementé dans l'article 11 de la Charte Sociale Européenne établit un cadre de garantie sur les mesures de santé publique nécessaires pour maintenir un optimal état de santé de la population en général, mais cet article ne concerne pas l'assistance sociale et médicale réglementée dans l'article 13 de la Charte Sociale, qui est l'article qui recueille l'assistance sanitaire individuelle et familiale, un droit qui seulement est applicable en ce qui concerne les ressortissants nationaux des Parties Contractantes qui se trouvent légalement sur territoire national (article 13.4).

Pour cela, on doit indiquer d'une façon préliminaire que les observations formulées en janvier 2014 par le Comité Européen des Droits Sociaux (document de conclusions XX-2 (2013) concernant l'assistance sanitaire des immigrants irréguliers dépassent le domaine de l'article 11 de la Charte Sociale en tout ce qui concerne les prestations de la Santé Publique, lesquelles sont couvertes et garanties pour toutes les personnes qui se trouvent en Espagne, même pour ces personnes qui n'ont pas de résidence légale.

Comme l'on détaille plus loin dans l'information concernant l'application de l'article 13.4 de la Charte Sociale, en ce qui concerne les ressortissants étrangers non enregistrés ni autorisés comme résidents en Espagne, l'article 3.ter de la Loi 16/2003 de Cohésion et Qualité du Système National de la Santé établit que ces personnes ont la garantie de recevoir assistance sanitaire dans la santé publique, s'ils la requièrent, dans les suivantes situations :

- D'urgence pour maladie grave ou accident, quelle que soit sa cause, jusqu'à la situation de déclaration par le médecin traitant de l'aptitude de l'employé au travail.
- Assistance à la grossesse, accouchement ou post-partum.
- Les mineurs de 18 ans.

La nouvelle réglementation, comme nous voyons, protège spécifiquement l'assistance sanitaire d'urgence, à femmes enceintes et à mineurs étrangers sans aucune restriction ni condition de limitation, et en ce qui concerne le reste de personnes qui se trouvent en Espagne sans avoir résidence, le Décret Royal 1030/2006, du 15 septembre, en vertu duquel l'on établit le portefeuille de services communs du Système National de la Santé et la procédure pour sa mise à jour établit qu'une fois prêtée la situation d'urgence, on procédera à la déclaration pour le médecin traitant de l'aptitude de l'employé au travail des patients ou à sa dérivation à l'échelon d'assistance le plus approprié et, lorsque la gravité de la situation ainsi le requière, à l'hospitalisation, avec les rapports cliniques pertinents pour garantir la continuité de l'assistance.

En conséquence, la déclaration pour le médecin traitant de l'aptitude de l'employé au travail des patients ne doit pas être entendue comme le bulletin de sortie en urgences et les patients en situation administrative irrégulière ont droit à l'assistance et les traitements qui en ait besoin jusqu'à la fin du processus d'assistance, c'est pourquoi

dans la pratique toutes les personnes qui se trouvent en Espagne, quelle que soit leur situation administrative, reçoivent le traitement qu'elles précisent.

Néanmoins, dans le domaine propre de l'article 1 de la Charte Sociale Européenne, les **actions de la santé publique** sont développées par les Communautés Autonomes, qui les exercent indépendamment du dispositif d'assistance sanitaire et qui sont **adressées à toute la population**, sans distinction de son mode d'accès au système sanitaire d'assistance ni de sa situation administrative, tout en comprenant les personnes qui se trouvent en Espagne même sans résidence légale (sous la protection de ce qui est stipulé dans la Loi 33/2011, du 4 octobre, Générale de la Santé Publique).

La Loi Générale de la Santé Publique spécifie le **portefeuille de services de la santé publique**, dans lequel on trouve les programmes de prévention et de contrôle des maladies infectieuses et/ou d'intérêt communautaire (vaccinations, prévention du VIH/SIDA, prévention et contrôle de la tuberculose, etc.).

Ces prestations ne dépendent pas d'avoir la condition d'assuré ou bénéficiaire, ni d'avoir résidence légale. Ces prestations sont fondées sur des critères épidémiologiques d'exposition et risque. En ce sens on n'a pas modifié, mais en sens positif pour **l'amélioration qui est en train de mener dans les programmes de la santé publique**, l'assistance à toute personne infectée par VIH, à tout enfant en âge de vaccination ou à tout contact ou malade de tuberculose, tout en comprenant la prestation du traitement pharmacologique, pour ce qui est légiférée la définition de médicaments de campagne sanitaire. Pour cela on n'a pas détecté aucune augmentation dans l'incidence et prévalence de maladies transmissibles ou épidémiques, et aucun cas, à la suite de la nouvelle législation.

En Espagne, les **services de la santé publique** ont une longue expérience dans le développement de programmes de prévention et contrôle de problèmes de santé, comme l'on fait, par exemple, dans les cas des personnes avec infection par VIH/SIDA, moyennant des conventions spécifiques articulées à travers le Plan National sur le Sida.

On doit être à travers les actions de prévention, comme sont les campagnes de vaccination, les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose ou du SIDA, pour mettre d'exemples importants, comme doit continuer à effectuer la prévention des maladies infectieuses les plus prévalentes entre la population.

Il est important souligner que du même début de la réforme le Ministère de la Santé, des Services Sociaux et d'Égalité est à développer les travaux pertinents pour unifier et promouvoir la garantie de l'unité de critère dans l'ensemble du Système National de la Santé en ce qui concerne ces risques sanitaires d'importance du point de vue de la santé publique, tout encourageant l'adoption d'un document qui définit les risques de maladies infectieuses et pathologies quant auxquelles on doit garantir les actions de prévention, d'assistance, de suivi et de contrôle de problèmes ou maladies adressées à protéger et le cas échéant à recouvrer la santé publique de la population résidante en Espagne et éviter les risques associés à situations d'alerte et urgence (sida, tuberculose, maladies immunoprévenibles, certaines maladies mentales, maladies émergentes, ou maladies tropicales, entre d'autres).

En ce sens, le document sur “Intervention sanitaire en situations de risque pour la Santé Publique”, adopté par toutes les Communautés Autonomes au sein du Conseil Interterritorial du Système National de la Santé (décembre 2013) a pour but inscrire les situations qui doivent être assurées par intérêt de la santé publique, tout en identifiant les situations qui impliquent un risque pour la santé publique et l’on détermine la prestation sanitaire qui comprend les actions de prévention, d’assistance, de suivi et de contrôle, adressées à protéger et, le cas échéant, à recouvre la santé de toute la population.

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/IntervencionSanitariaRiesgoSP.pdf>

Par ailleurs, il est important insister sur **l’information épidémiologique** fournie par les systèmes de surveillance épidémiologique et les systèmes d’alerte sanitaire qui n’ont pas mis en évidence aucune modification négative de l’incidence ou prévalence de ces maladies.

On n’as pas constaté aucune résurgence épidémique au-dessus de ce qui était attendu, ni l’on a communiqué aucune augmentation dans le taux de malades, infectés ou personnes touchées par les maladies de déclaration obligatoire.

Dans le but de lutter contre la pauvreté et contre l’exclusion sociale, les mesures prises par le Décte-loi Royal 16/2012 ont été établies aussi pour favoriser à collectifs très importants comme, par exemple, les chômeurs à longue durée qui perdraient leur droit à l’allocation pour chômage et aux personnes qui avaient terminé la perception de revenus d’insertion sociale, un collectif très mortifié par la crise économique et très nombreux en Espagne qui jusqu’à la promulgation de la norme susvisée manquait de protection sanitaire et qui maintenant, pour la première fois, a garanti ce droit pour lui-même et ses bénéficiaires.

Il est alors prouvé que la protection à la santé des personnes étrangères en situation administrative irrégulière a été maintenue après l’entrée en vigueur du Décret-loi Royal 16/2012, d’une part, dans le cas de l’assistance d’urgence jusqu’à la déclaration pour le médecin traitant de l’aptitude de l’employé au travail (avec toute l’extension de cette circonstance, qui est détaillée ut supra), à femmes enceintes et à mineurs. Et d’autre part, en garantissant amplement la couverture du traitement des maladies transmissibles, problèmes de santé mentale ou toutes autres situations de risque pour la santé publique.

Outre ces actions, qui sont inscrites dans le cadre des prestations sanitaires offertes par le Système National de la Santé, les Communautés Autonomes, en vertu des compétences exclusives en matière d’assistance sociale, ont effectué d’actions de caractère social pour protéger la santé des personnes étrangères majeures non autorisées ni enregistrés comme résidants en Espagne avec séjour effectif dans une Communauté Autonome et qui n’ont pas des ressources économiques suffisantes pour affronter des besoins sanitaires non prévues dans les modalités d’assistance qui leur reconnaît l’article 3 ter de la Loi 16/2003, du 28 mai, de Cohésion et Qualité du Système National de la Santé.

Comme nous voyons, la législation espagnole est, d’une part, **l’une des législations les plus généreuses de tous les pays de l’UE**, puisque tous les États européens

appliquent des normes restrictives à l'accès à la santé publique pour les immigrants irréguliers, plus strictes et restrictives que la législation espagnole.

Pour illustrer cette référence de Droit comparé, on peut consulter la suivante étude :

http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/ari53-2012

En Espagne, **tous les ressortissants étrangers, qu'ils soient ou non résidents légaux en Espagne, reçoivent assistance sanitaire s'ils la requièrent**, bien que, tel qu'on établissait à son moment la Loi Générale de la Santé Publique 14/1986 (article 16), tant pour les espagnols que pour les étrangers, en cas de ne pas être assurés doivent après documenter devant le service de santé correspondant qui réellement n'existe pas une tierce personne obligée au paiement, qu'ils n'ont pas couverture sanitaire par autre moyen, qu'ils manquent de ressources économiques et qu'ils résident en Espagne; c'est-à-dire, qu'ils ne sont pas venus expressément à être traités ou opérés en Espagne (le dénommé "tourisme sanitaire"), ce qui est interdit dans la réglementation européenne.

Et cela sans préjudice sur ce qui a été exposé déjà, parce que conformément à la Loi 33/2011, du 4 octobre, Générale de la Santé Publique, les **prestations sanitaires de la santé publique** auxquelles fait référence l'article 11 de la Charte Sociale Européenne, comprennent dans notre Système National de la Santé d'actions de prévention, d'assistance, de suivi et de contrôle de situations adressées à protéger la **santé publique de la population**, ainsi qu'à éviter les risques associés à situations d'alerte et d'urgence sanitaire.

Les compétences et actions en matière de santé publique incombent aux Communautés Autonomes, qui les exercent indépendamment du dispositif d'assistance sanitaire et qui sont adressées à toute la population, sans distinction de son accès au système sanitaire d'assistance.

Dans les cas où le ressortissant étranger qui se trouve en Espagne en situation irrégulière, manque de la couverture sanitaire et des ressources économiques seront les services sociaux ceux qui détermineront le type d'aide à prêter, tant dans le domaine de la santé que dans le reste des besoins basiques de la personne, comme l'on est à effectuer positivement par toutes les Communautés Autonomes.

En partant de l'éclaircissement préliminaire précédent, **les points clé de la Réforme Sanitaire** commencée par le Gouvernement de l'État en avril 2012 et reflétés dans le Décret-loi Royal 16/2012, de mesures urgentes pour garantir la durabilité du Système National de la Santé et améliorer la qualité et la sécurité de ses prestations, sont les suivants :

- Garantir le droit des citoyens à la protection de la santé, en avançant dans le principe de l'universalité.
- Assurer l'égalité de tous les citoyens et l'équité dans l'accès aux prestations du portefeuille de services commun.
- Veiller sur la qualité de l'assistance.

- Garantir la gratuité et l'égalité des droits sanitaires dans toutes les Communautés Autonomes.
- Promouvoir une meilleure assistance sanitaire des patients, moyennant la nécessaire continuité d'assistance (intégration des premiers soins et de l'assistance spécialisée).
- Augmenter l'efficacité dans la gestion.
- Augmenter la cohésion et la coopération des services autonomes intégrant le Système National de la Santé au profit des patients.
- Durabilité du Système Sanitaire Public.
- Avancer dans la réglementation des droits d'assistance sanitaire en ligne avec les normes de l'Union Européenne.
- Promouvoir le développement professionnel du personnel sanitaire.

Ces mesures ont été instaurées en prenant en considération, d'une part, les recommandations semestrielles que l'Union Européenne fait aux États membres en ce qui concerne les Programmes Nationaux de Réformes et les Programmes de Stabilité annuels.

En tout cas, on doit remarquer que la Commission Européenne a recommandé l'Espagne que dans le délai de 2012 à 2016 *“améliore l'efficacité et la qualité des dépenses publiques à tous les niveaux de l'Administration et mène à bien un examen systématique des plus grands postes des dépenses en mars 2014 au plus tard. Augmenter l'efficacité en coûts de la santé, en même temps qu'on maintient l'accès des groupes vulnérables, par exemple en réduisant les dépenses pharmaceutiques des hôpitaux, en renforçant la coordination entre les différents types d'assistance sanitaire et en améliorant les incitations en faveur d'une utilisation efficace des ressources. Prendre des mesures pour réduire les arriérés en suspens de l'Administration, éviter qu'ils continuent à s'accumuler et publier régulièrement les données sur les montants en attente”*.

Donc, le Décret-loi Royal 16/2012 est posé dans le but d'aborder une réforme structurale du Système National de la Santé le dotant d'une plus grande viabilité et qui renforcerait les mesures de cohésion sur l'ensemble du territoire, tout en évitant décalages de financement que sans mesures d'optimisation et aménagement des dépenses, aurait été insoutenable pour notre pays. De cette façon on a garanti la viabilité du système sanitaire pour qu'on puisse continuer à être universal, public, gratuit et de qualité.

La réforme a recherché **augmenter l'efficacité du système** et promouvoir la qualité en même temps qu'on garantit sa durabilité économique. Pour cela, on a mis en marche des projets d'amélioration dans l'efficacité, comme la Plate-forme d'Achats Centralisée à laquelle peuvent adhérer les régions et obtenir de cette façon des prix avantageux pour l'achat de médicaments et produits sanitaires, ou à la meilleure utilisation des technologies, en soulignant aussi les projets de carte de la Sécurité Sociale unique, ordonnance électronique et dossier médical numérique qui amélioreront l'efficacité dans l'utilisation du temps des professionnels sanitaires,

diminuera le doublement d'examens diagnostiques, réduira l'utilisation du papier et accélérera les tâches administratives qui effectuent les professionnels sanitaires, tout en aboutissant à une réduction de la pression d'assistance par réduction de visites, la meilleure utilisation des ressources, la facilitation de la mobilité des patients sur le territoire et la plus grande sécurité du patient, entre d'autres avantages directs.

Un facteur important dans le besoin d'aborder la réforme a été la mise en relief par la Cour des Comptes, organe suprême contrôleur des comptes et de la gestion économique de l'État et du secteur public, dans son rapport du 9 janvier 2012 *“Rapport de contrôle de la gestion des prestations d'assistance sanitaire découlant de l'application des règlements communautaires et conventions internationales de la sécurité sociale”* (où l'on analyse des données de l'exercice 2009). Dans ce rapport on a mis en évidence l'inexistence d'un cadre légal approprié dans le Système National de la Santé, ce qui impliquait que centaines de milliers de personnes recevraient indûment assistance sanitaire à la charge de l'Espagne, malgré avoir droit à celle-ci imputée à ses pays d'origine. Effectivement, le haut tribunal met en évidence dans son rapport que 676.000 européens avaient accédé à la carte de la Sécurité Sociale individuelle d'une façon irrégulière.

Pour corriger cette situation, le mentionné Rapport de la Cour des Comptes fait la suivante recommandation: *“La Cour des Comptes considère nécessaire que le Ministère de l'Emploi et de la Sécurité Social prenne les mesures légales opportunes pour éviter qu'il ait lieu la reconnaissance du droit à l'assistance sanitaire en Espagne, à travers la condition de “personne sans ressources économiques suffisantes”, à personnes qui sont protégées pour la Sécurité Sociale de leurs États d'origine (dans le cas des États qu'appartiennent au domaine d'application des Règlements communautaires ou avec ceux qui l'Espagne a souscrit des Conventions Bilatérales de Sécurité Sociale qui envisageaient des prestations d'assistance sanitaire) ou que si disposent de ressources économiques suffisantes en dehors de l'Espagne, moyennant l'exigence des correspondants certificats délivrés par leurs États d'origine”*.

Comme données à prendre en considération qui montrent que la réforme sanitaire a eu d'effets favorables sur la santé de la population en général, on doit mentionner le rapport de l'OCDE *“Health at a Glance 2013”* où l'on montre qu'en Espagne le 75,3% de la population manifeste un bon **état de la santé**, au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE dont la moyenne est du 69%.

Lorsque l'on prend en considération le niveau des revenus de la population, les données montrent aussi **des valeurs supérieures aux valeurs de l'OCDE** (environ du 86% pour les revenus les plus hauts en Espagne, comparé au 80% des pays de l'OCDE et au-dessus du 70% pour les revenus les plus bas en Espagne, comparé au 60% des pays de l'OCDE).

Sur les dépenses en santé, et le Budget public consacré à cela, il faut indiquer que, suivant le mentionné rapport de l'OCDE, l'Espagne consacre 3.072 dollars per capita, mais lorsque l'on comprend le facteur économique (conformément au Produit Intérieur Brut), **la moyenne de l'Espagne coïncide avec celle de l'OCDE** situé en 9,3. Et en outre, le rapport recueille aussi que les dépenses en médicaments sont supérieures que la moyenne de l'OCDE, en étant mineur dans les cas des génériques.

Sur l'accès aux **professionnels sanitaires**, l'Espagne montre une moyenne de 3,8 médecins/1000 habitants, **au-dessus de la moyenne de l'OCDE** (3,2 médecins/1000

habitants). Bien que les professionnels d'infirmier en Espagne montrent une moyenne de 5,5/1000 habitants, au-dessous de la moyenne de l'OCDE (8,8/1000 habitants), on observe une augmentation en 4,0 points entre 2000 et 2011. De même, le nombre de consultations aux médecins, l'Espagne a une moyenne supérieure à 7, lorsque la moyenne des pays de l'OCDE est supérieure à 6.

Et sur la couverture sanitaire, le rapport de l'OCDE montre qu'en Espagne le 99,0% de la population a couverture sanitaire publique, en outre le 13,4% de la population a une double couverture privée optionnelle. Lorsque nous comprenons le niveau des revenus, l'Espagne montre des données d'accès à l'assistance sanitaire, **supérieures à la moyenne de l'OCDE.**

<http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>

En fait, les données desquelles dispose le Ministère de la Santé, des Services Sociaux et d'Égalité n'ont pas montré que la réforme sanitaire de l'année 2012 ait eu aucune répercussion négative importante sur la santé de la population dans les dernières années, tel qu'on montre dans les rapports précédemment mentionnés.

En Espagne, les conditions pour surveiller, contrôler et traiter les maladies transmissibles sont établies à travers le Système National de la Santé, et le diagnostic et traitement de maladies transmissibles, comme la tuberculose ou le VIH, est effectué d'une façon gratuite, tout en comprenant aussi les immigrants sans papiers, auxquels l'on facilite et garantit l'accès à tous les programmes de la Santé Publique et Prévention des maladies, en comprenant les programmes de vaccination, les programmes de prévention et contrôle des maladies transmissibles fournis par les gouvernements régionaux.

En renforçant cette question, et en centrant l'attention sur les Maladies de Déclaration Obligatoire, après la révision des données de 2010, 2011, 2012, 2013 et 2014 on observe qu'on n'a pas eu une répercussion importante dans le nombre de cas.

En ce qui concerne les cas de tuberculose, par exemple, le rapport du Centre Européen de Contrôle de Maladies Transmissibles (ECDC) montre qu'en Espagne a eu une réduction dans le nombre des cas. Les données peuvent être vues à:

<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/tuberculosis.shtml>

En ce qui concerne le VIH, le rapport du ECDC montre que l'incidence par VIH reste stable, sauf dans le cas des hommes qui maintient des relations avec hommes, où ont augmenté le nombre de nouveaux cas diagnostiqués. En tout cas, n'on observe pas une augmentation dans la population migrante. Les données peuvent être vues à:

<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/informacion-sobre-personas-que-vive-con-el-VIH.shtml>

La thérapie antirétrovirale en Espagne est disponible pour toute la population y compris les migrants quelle que soit leur condition administrative, un fait qui n'arrive pas en d'autres pays, même de l'Union Européenne.

En ce qui concerne la **prestation pharmaceutique** et le portefeuille supplémentaire, il faut remarquer que la réforme a modifié le système de contributions de l'usager en pharmacie. **La contribution de l'usager** aux médicaments prescrits n'est pas un élément nouveau mais qu'elle existait déjà depuis décennies et était dépassée. À travers le Décret-loi Royal 16/2012 on a introduit trois critères pour moduler cette contribution de l'usager (le revenu, l'âge et le degré de la maladie), face à la situation précédente où la contribution ou n'était pas déterminée seulement par l'âge, de sorte qu'actuellement la contribution est liée et est proportionnelle à ces trois critères, en améliorant de cette façon l'équité.

En ce sens, les personnes en situation de haute vulnérabilité comme les **chômeurs de longue durée**, qui ont perdu le droit à percevoir l'allocation de chômage, et qui précédemment payaient le 40% du prix des médicaments, depuis la promulgation du Décret-loi Royal 16/2012 sont exonérés du paiement.

On applique la même chose aux percepteurs **de revenus minimums d'insertion sociale, de pensions non contributives et situations analogues, aussi exonérés du paiement, de la même façon que les traitements découlant d'accident de travail ou maladie professionnelle**. Pour sa part, les patients avec maladies graves et les patients chroniques ont une contribution réduite du 10% en médicaments et produits sanitaires pour ces conditions, avec une limite maximale de contribution de 4,24 euros actuellement.

En outre, l'on a établi trois tranches de contribution, en fonction des revenus, du 0 au 60%. Pour les pensionnés on établit des limites maximales de contribution par mois en fonction des revenus.

Ces limites, actuellement ne dépasseront les 8,23 euros par mois pour les pensionnés avec des revenus inférieurs à 18.000 euros par an, 18,52 euros par mois est le plafond pour les pensionnés avec des revenus entre 18.000 euros et 100.000 euros par an et ces pensionnés avec des revenus supérieurs à 100.000 euros par an auront une limite maximale de 61,75 euros par mois.

Comme l'on peut observer, cette règle progresse vers un nouveau modèle de **prestation pharmaceutique qui assure l'accès à tous les citoyens aux médicaments nécessaires**. Un modèle de prestation pharmaceutique durable, qui maintient l'universalité dans l'assistance.

En outre la réforme sanitaire a compris, dans le domaine dénommé Pacte-Socio-sanitaire, des mécanismes pour que le secteur de la santé et celui des services sociaux fonctionnent d'une façon coordonnée, et de cette façon profitent des ressources d'une façon ordonnée au profit des patients.

Aux effets de compléter le régime juridique du droit à l'assistance sanitaire, le Décret Royal 576/2013, du 26 juillet, en vertu duquel l'on établit les conditions basiques de la **convention spéciale** de prestation d'assistance sanitaire aux personnes qui n'aient pas la condition d'assurées ni de bénéficiaires du Système National de la Santé et l'on modifie le Décret Royal 1192/2012, du 3 août, en vertu duquel l'on règle la condition d'assuré et de bénéficiaire aux effets de l'assistance sanitaire en Espagne, imputée aux fonds publics, à travers le Système National de la Santé, est venu à permettre que ces personnes qui n'aient pas la condition d'assurées ni de bénéficiaires du Système National de la Santé puissent accéder à cette prestation moyennant le paiement de la

correspondante contre-prestation ou cotisation découlant de la souscription volontaire d'une convention spéciale, c'est pourquoi l'on garantit l'accès universel au système sanitaire public à toutes ces personnes le voulant, bien que, en ayant le paiement d'un taux public pour la prestation de cette assistance.

On estime que le nombre de personnes qui pourraient souscrire la convention spéciale de prestation d'assistance sanitaire, de caractère volontaire pour l'intéressé et tant pour les ressortissants nationaux que pour les étrangers, serait, environ, de quelques 90.000 personnes.

Comme l'on a indiqué déjà ut supra, le Décret-loi Royal 16/2012 protège aussi l'assistance sanitaire d'urgence pour maladie grave ou accident, quelle que soit leur cause, jusqu'à la situation de déclaration par le médecin traitant de l'aptitude de l'employé au travail, aussi l'assistance à femmes enceintes, dans l'accouchement et post-partum, ainsi qu'à mineurs de 18 ans étrangers dans les mêmes conditions qu'aux mineurs espagnols, sans aucune restriction ni condition limitative, **un droit qui n'est envisagé dans beaucoup des pays, y compris ceux de l'Union Européenne.**

Face à d'opinions partisans qui assurent le manque d'assistance aux personnes qui se trouvent en Espagne en situation irrégulière, il est opportun mettre en évidence la récente **déclaration de la Commission Européenne en réponse à une demande formulée en mai 2013** par le parlementaire Willy Meyer, du Groupe Confédéral de la Gauche Unitaire Européenne, selon laquelle :

“La Directive 2008/115/CE sur le retour oblige les États membres à fournir assistance sanitaire d'urgence et traitement basique des maladies des résidents illégaux nationaux des tiers pays qui sont soumis à procédures de retour (article 14, paragraphe 1, lettre b), et article 16, paragraphe 3, de la Directive). L'accès des ressortissants nationaux de tiers pays en situation irrégulière qui ne sont pas soumis aux dispositions de la Directive de retour, c'est-à-dire, les immigrants irréguliers présents sur le territoire d'un État membre qui n'auraient pas été interceptés et qui ne sont pas soumis à une décision de retour, n'est pas encore harmonisée à l'échelon de l'Union Européenne, et la Commission n'est pas en mesure d'intervenir devant les États membres dans ce domaine. Actuellement, la Commission est en constatant la correcte intégration aux ordres juridiques nationaux des dispositions de la Directive 2008/115/CE sur le retour pour part des États membres et **n'a pas pu détecter à ce sujet aucune déficience en ce qui concerne l'intégration des dispositions mentionnées dans l'ordre espagnol**”.

Temps moyens d'attente pour procédés chirurgicaux

On constate que le temps moyen d'attente pour la réalisation d'un procédé chirurgical dans le SNS depuis 2012 à 2015 a été de 100, 98, 87 et 89 jours, respectivement. Il n'est pas possible de comparer la tendance avec les années précédentes par une rupture de série, par un changement dans la méthode de collecte des données. Ces données concernent les processus visés au Décret Royal 605/2003, du 23 mai, en vertu duquel l'on établit les mesures pour le traitement homogène de l'information sur les listes d'attente dans le Système National de la Santé, et non les processus de caractère d'urgence qui ne sont pas soumis à aucune attente.

Baromètre sanitaire

Le Baromètre Sanitaire c'est une étude d'opinion qui est effectuée avec une périodicité annuelle depuis 1993 par le Ministère de la Santé, des Services Sociaux et d'Égalité en collaboration avec le Centre de Recherches Sociologiques.

Le Baromètre Sanitaire est conçu pour connaître le degré de satisfaction des citoyens avec les services sanitaires publics qui permet, en outre, sonder l'opinion publique sur des mesures liées à objectifs de la politique sanitaire, obtenir information sur le degré de connaissance ou les attitudes des citoyens devant celles-ci et connaître l'évolution de l'opinion publique sur ces aspects analysés en séries temporelles.

Dans ce contexte, à la demande vous êtes satisfait ou insatisfait avec la façon où le système sanitaire public fonctionne en Espagne? (en utilisant une échelle de 0 "très insatisfait" à 10 "très satisfait") de 2000 à 2015 la tendance qui est observée ne varie pas significativement, tout en estimant des valeurs de 6,35, 6,57, 6,59, 6,57, 6,41, 6,31 et 6,38, respectivement.

PARAGRAPHE 2: ÉTABLIR SERVICES D'ÉDUCATION ET DE CONSULTATION ADRESSÉS À L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ ET À ESTIMER LE SENS DE RESPONSABILITÉ INDIVIDUELLE EN CE QUI CONCERNE CELLE-CI.

MESURES PRISES

CONVENTION CADRE DE COLLABORATION ENTRE LE MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION ET SCIENCE ET LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES SERVICES SOCIAUX ET D'ÉGALITÉ POUR L'ÉDUCATION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE

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

Les **bilans de santé de la population scolaire** sont gratuits et sont effectués dans les centres de santé dans un programme dénommé "programme de l'enfant sain" qui se trouve compris dans le portefeuille commun des services du Système National de la Santé. Il y a quelques particularités selon les différentes Communautés Autonomes, quelques rapprochent quelques activités sanitaires des centres d'enseignement dans un programme spécifique (par exemple le contrôle de l'obésité) comme le Programme Perseo.

Le secteur sanitaire et éducatif en Promotion et Éducation pour la santé à l'école sont à collaborer dans ce cadre de santé à l'école depuis plus de 20 ans; la Convention Cadre existante a pour but établir le cadre général de collaboration entre les deux Ministères (Éducation et Santé), ainsi que la collaboration avec les Administrations Publiques et locales et avec d'autres personnes ou entités publiques ou privées, pour stimuler et promouvoir d'actions en matière d'Éducation et Promotion de la Santé à l'École dans le cadre général, où la responsable de l'eps à l'école est le Ministère de l'Éducation, mais il y a une coordination et appui avec le secteur sanitaire de chacune des Communautés Autonomes et avec le Ministère de la Santé.

Dans ce cadre de la Convention cadre on effectue les suivantes actions dans le Domaine de Promotion de la Santé :

- Plaider pour l'augmentation de la qualité des actions en Promotion de la Santé et éducation pour la Santé à l'École comme matière transversale dans le programme obligatoire d'enseignement scolaire, à travers le Groupe de la Santé et l'Éducation.
- Diffuser et mettre en oeuvre les documents de consensus (GTPS et groupe de travail Santé et École avec les Communautés Autonomes) et les recommandations du "Guide pour gagner santé à l'École" et "Critères de qualité pour le développement de programmes et actions de promotion et éducation pour la santé dans le système d'éducation".

- En partant d'un diagnostic de situation , le document "Critères de qualité pour le développement de programmes et actions de promotion et éducation pour la santé dans le système d'éducation" propose les critères de qualité pour intervenir et choisir activités et programmes de Promotion et Éducation pour la Santé, ainsi que développer des mesures tant concernant le programme d'enseignement que l'environnement scolaire, familial et communautaire, pour garantir un capital basique de santé à tous les élèves.

Quelqu'une de la documentation liée est disponible à :

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/saludEscuela.htm>

Educa Naos

<http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/educaNAOS.shtml>

http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSA/web/nutricion/subseccion/documentos_e_informes.shtml

Habitudes saines à l'école :

<http://www.mecd.gob.es/educacion-necd/mc/habitos-saludables-escuela/inicio.html>

Blog de santé/éducation :

<http://blog.educalab.es/cniie/tag/salud/>

- Depuis 2014 on commence dans le cadre de l'EPSP l'intervention dans l'environnement éducatif et on effectue des publications orientées à améliorer l'activité physique des élèves.
- http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Promocion_Salud_Escuela.htm

En 2015 on commence l'élaboration d'un Plan Stratégique de Santé Scolaire et Styles de Vie Saine pour part du Ministère de l'Éducation avec lequel ce Ministère collabore.

CONTINUATION DE LA DIFFUSION ET LA MISE EN OEUVRE DU DOCUMENT DE CONSENSUS (GTPS) AVEC LES COMMUNAUTÉS AUTONOMES ET SECTEUR DE LA JEUNESSE : GAGNER SANTÉ AVEC LA JEUNESSE

Gagner Santé avec la Jeunesse c'est le produit final de l'analyse et la réflexion sur la qualité de vie des jeunes espagnols entre 15 et 29 ans, effectué d'une façon adoptée d'un commun accord par professionnels des administrations de la Santé Publique de toutes les Communautés Autonomes, par l'Institut de la Jeunesse et le Conseil de la Jeunesse. On pose des recommandations à court et moyen terme qui puissent orienter les actions des professionnels et faciliter les décisions des institutions impliquées à garantir la santé de cette population.

On essaie de faciliter information et stratégies pour intervenir avec les jeunes en général et en trois domaines clé spécifiques ; santé sexuelle et reproductive, consommation d'alcool et santé mentale.

RÉSEAU ESPAGNOL D'UNIVERSITÉS SAINES

Ce Réseau est composé d'un ensemble d'Institutions engagées avec la promotion de la santé dans l'environnement universitaire. C'est une initiative où actuellement participent Universités de l'Espagne, la Conférence des Présidents d'Universités des Universités Espagnoles, le Ministère de la Santé, des Services Sociaux et d'Égalité, le Ministère de l'Éducation, la Culture et du Sport et quelques structures Autonomes de la Santé Publique.

Ce Réseau est constitué le 22 septembre 2008 dans le but de renforcer le rôle des Universités comme entités promotrices de la santé et le bien-être des étudiants, leur personnel, et de la société dans son ensemble, tout en étant à la tête et en appuyant des processus de changement social. Les lignes stratégiques du réseau sont les suivants: (1) Environnements universitaires qui encouragent la santé, (2) Intégration dans les cursus universitaires de formation en promotion de la santé à l'échelon de titre et troisième cycle, (3) Recherche en promotion de la santé, (4) Participation et collaboration entre les organismes de la santé publique, les institutions communautaires et les universités et (5) L'offre des services et d'activités dans le campus adressée à encourager la santé de la Communauté Universitaire.

Actuellement il y a un Accord de Collaboration entre le Ministère de la Santé, des Services Sociaux et d'Égalité, le Ministère de l'Éducation, la Culture et du Sport et la Conférence des Présidents d'Universités des Universités Espagnoles pour le développement du Réseau Espagnol d'Universités Saines. Actuellement font partie du Réseau 38 universités espagnoles et neuf Structures de la Santé Publique des Communautés Autonomes, en plus des Ministères de la Santé et d'Éducation et la Conférence des Présidents d'Universités font partie de ce réseau.

PARTICIPATION EN "HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN" (HBSC) OU "ÉTUDE INTERNATIONALE SUR LES CONDUITES SAINES DES JEUNES SCOLARISÉS"

L'Étude sur les conduites saines des jeunes scolarisés est un projet appuyé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) où participent plus de 40 pays. Tous les quatre années on effectue une collecte des données à travers d'un questionnaire dans le but principal d'obtenir une vision globale des styles de vie dans l'adolescence et disposer d'orientations sur comment encourager la santé dans cette population, en recueillant des données concernant différents domaines: relations familiales, relations avec les égaux, le contexte scolaire, ajustement psychologique, alimentation et régime, consommation de substances et activité sédentaire.

En outre, on effectue un questionnaire complémentaire à centres d'enseignement, où l'on recueille les différentes politiques de la santé du centre et l'on fait un suivi des celles-ci. Dans la période actuelle l'on a diffusé l'étude de l'année 2010 et on a fait l'étude de 2014 qui est représentative par Communautés Autonomes et qui sera publiée prochainement.

On mérite une attention spéciale les efforts effectués pour augmenter l'éducation sur la santé et l'éducation nutritionnelle aux écoles:

La Loi de Sécurité Alimentaire et Nutrition, Loi 17/2011, du 5 juillet, dans le VII^{ème} Chapitre aborde l'alimentation saine, l'activité physique et la prévention de l'obésité (Stratégie NAOS), en considérant l'importance accrue des risques nutritionnels, sur la base de la haute prévalence actuelle de la société, principalement entre les enfants et les jeunes.

Cette Loi recueille dans son article 40 des mesures adressées au domaine scolaire où l'on comprend entre d'autres, la promotion de l'enseignement de la nutrition et l'alimentation et la connaissance des avantages pour la santé de l'activité physique et le sport dans les écoles de enfants et centres scolaires, tant dans la formation des élèves comme du corps enseignant; la supervision des repas servis dans les centres d'enseignement, dans le but qu'ils soient variés et équilibrés et adaptés aux besoins nutritionnels des différents groupes d'âge, et l'interdiction de la vente d'aliments et des boissons avec un haut contenu en acides gras saturés, acides gras trans, du sel et des sucres.

On règle aussi la publicité dans les écoles des enfants et les centres d'enseignement, comme espaces libres de publicité, de telle sorte que les promotions ou campagnes qui soient effectuées dans les centres scolaires, aux fins éducatives, n'auront lieu que lorsque les autorités éducatives en coordination avec les autorités sanitaires entendent que l'activité soit avantageuse aux intérêts des mineurs.

Accord de Consensus sur l'alimentation en centres d'enseignement", adopté le 21 juillet 2010 par le Conseil Interterritorial du Système National de la Santé dans l'année 2010, **sur divers paragraphes de l'article 40 de la Loi 17/2011 de Sécurité Alimentaire et nutrition**. Ce consensus entre l'AECOSAN et les Communautés Autonomes, est sur les caractéristiques basiques qui doivent remplir les menus dans les cantines des centres d'enseignement et recueille des critères minimums, coordonnés entre Santé et Éducation, pour fournir information sur les conditions qui doivent remplir les menus scolaires pour couvrir les demandes nutritionnelles des étudiants et contribuer à qu'ils suivent un régime équilibré; et sur quels aliments et boissons sont recommandés de faire partie de l'offre alimentaire des centres d'enseignement pour leur valeur nutritionnelle et recommandations sur la fréquence de consommation d'aliments dans les menus scolaires.

La qualité nutritionnelle des menus scolaires est un élément fondamental pour assurer que le régime des petits fils et des petites filles est équilibré et sain, variés et équilibrés et adaptés aux besoins nutritionnels en fonction de l'âge des élèves, supervisés par professionnels avec formation accréditée en nutrition et diététique.

http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/educanaos/documento_consenso.pdf

Accord de Consensus sur "Critères minimums pour l'autorisation de campagnes de promotion alimentaire, éducation nutritionnelle ou promotion du sport ou activité physique dans les écoles des enfants et centres scolaires, dont l'objectif soit celui de promouvoir une alimentation saine, encourager l'activité physique et prévenir l'obésité", adopté par le Conseil Interterritorial du Système National de la Santé le 29 juillet 2016, pour pouvoir appliquer d'une façon homogène dans tout l'État, l'article 40.7 de la Loi 17/2011, qui déclare aux centres d'enseignement et écoles des enfants comme espaces libres de publicité.

Pour cela, on a adopté d'un commun accord, en collaboration aussi avec les Ministères d'Éducation et le Centre National de la Recherche et l'Innovation Éducative –CNIE, des critères minimums techniques pour évaluer les campagnes de promotion alimentaire, éducation nutritionnelle ou promotion du sport ou activité physique en écoles des enfants et centres scolaires, et postérieurement, les autoriser s'il y a lieu, et de cette façon promouvoir une alimentation saine, et l'activité physique et prévenir l'obésité.

http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/educanaos/criterios_autorizacion.pdf

Le Plan de Consommation de Fruits et Légumes dans les Écoles: le 7 avril 2009 on a adopté le Règlement (CE) n° 1234/2007, du Conseil en ce qui concerne l'octroi d'une aide communautaire pour la distribution des fruits et légumes, fruits et légumes transformés et produits de la banane aux enfants dans les centres d'enseignement, dans le cadre d'un plan de consommation des fruits dans les écoles. Du point de vue de la santé cette mesure contribue à encourager d'habitudes saines et à réduire l'obésité et d'autres maladies associées.

L'Espagne s'est intégrée à ce programme européen, qui est de caractère volontaire pour les États membres.

Dans ce programme participent la plupart des Communautés Autonomes qui sont les responsables de la gestion, mais avec la coordination de l'autorité nationale et avec des directives générales sous un cadre commun. Les trois départements impliqués dans ce plan national de consommation sont le Ministère de l'Écologie et du Développement Durable, Milieu Rural et Marin, le Ministère de la Santé, des Services Sociaux et d'Égalité et le Ministère de l'Éducation et les Ministères respectifs des Communautés Autonomes.

L'objectif du plan est d'augmenter la consommation des fruits et légumes, bananes et produits découlant de ceux-ci, ainsi que les habitudes saines des enfants avec d'âges compris entre 6-10 ans. On a développé depuis l'année 2009 jusqu'à actuellement et aussi on continuera dans les années scolaires prochaines.

Le Plan consiste à la distribution aux écoles d'une façon gratuite des fruits et légumes. La Stratégie NAOS de l'AECOSAN et les ministères de la santé des Communautés Autonomes établiront les critères de sélection et fréquence des fruits et légumes, à distribuer, sur la base des critères sanitaires et adaptés au caractère saisonnier et à l'offre locale et régionale.

On développe aussi des "mesures d'accompagnement" du Plan, qui sont des activités qui sont effectuées dans les centres scolaires pour faire connaître les élèves les fruits et légumes et leurs propriétés nutritives, dans le but de favoriser l'adoption d'habitudes saines pour les enfants et contribuer à améliorer la santé des enfants.

Les mesures d'accompagnement sont un pilier fondamental pour augmenter à court et moyen terme la consommation des fruits et légumes et configurer d'habitudes alimentaires saines dans la population des enfants. La Commission Européenne, pour appuyer et renforcer les mesures d'accompagnement les cofinance depuis l'année scolaire 2014/2015. Pour cela on a augmenté les fonds de financement prévus par

l'Union Européenne pour ce Plan d'une façon considérable et tout au moins le 30% des fonds seront consacrés à financer ces mesures d'accompagnement.

Pour cela, et pour améliorer l'efficacité de ces mesures, la Commission Européenne, a recommandé les États membres qui constituent un Groupe d'Experts pour ce Plan, qui serve d'appui et assistance pour étudier les mesures d'accompagnement qui sont déjà à appliquer et proposer d'améliorations, sur la base de l'évidence.

http://www.alimentacion.es/es/plan_de_consumo_de_frutas_en_las_escuelas/

STATISTIQUES ET D'AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

Il y a des campagnes spécifiques d'information sur des questions comme les drogues, l'alcool, le tabac, les régimes, la sexualité et l'environnement.

CAMPAGNES DE PUBLICITÉ 2012-2015	OBJECTIF	PÉRIODE	FORMATS ET MOYENS
Campagne de prévention effets hautes températures (2012-2013)	Prévenir et réduire les effets négatifs qui a la chaleur excessive sur la Santé des citoyens, notamment entre les collectifs les plus vulnérables : les personnes âgées, les enfants, les malades chroniques et les travailleurs qui développent leur activité au grand air.	De juin à septembre	Spots, pages de publicité, adaptations graphiques, affiches, dépliants, bannières. Télévision, Presse, Radio, Internet, Moyens graphiques, Cinéma, Internet, Marketing direct (SMS)
Campagne de prévention effets hautes températures (2014-2015)			Adaptations graphiques, télévision, Presse, Radio, Internet, Moyens graphiques, Internet, Marketing direct (SMS, Twitter, Facebook)

Ce sont aussi d'intérêt dans ce point les campagnes mentionnées précédemment sur prévention de l'obésité et encouragement de l'alimentation saine, pratique d'activité physique, habitudes saines (Stratégie NAOS) et sur hygiène et sécurité alimentaire.

PARAGRAPHE 3 : PRÉVENIR, DANS LA MESURE DU POSSIBLE, LES MALADIES ÉPIDÉMIQUES, ENDÉMIQUES ET D'AUTRES

MESURES PRISES

On met sur le tapis ce qui a été précédemment exposé sur les Stratégies de la Santé orientées à la prévention, notamment la Stratégie de Promotion de la Santé et Prévention, les programmes de vaccination et les services et prestations de la santé publique, ainsi que l'information sur alcoolisme, tabagisme et drogues.

En outre, il y a d'autres programmes de prévention de la maladie concernant l'amélioration de l'environnement et la sécurité alimentaire :

QUALITÉ DE L'AIR

Depuis l'adoption de la Loi 34/2007, du 15 novembre, de qualité de l'air et protection de l'atmosphère on a mis à jour la réglementation avec la publication du Décret Royal 102/2011, du 28 janvier, concernant l'amélioration de la qualité de l'air, qui transpose à notre législation la Directive 2008/50/CE et du Décret Royal 100/2011, du 28 janvier, en vertu duquel l'on mis à jour le catalogue d'activités ponctuellement polluants de l'atmosphère et l'on établit les dispositions basiques pour son application.

En avril 2013, le Conseil des Ministres a décidé l'adoption **du Plan National de Qualité de l'Air et protection de l'Atmosphère 2013-2016** qui a la collaboration des Communautés Autonomes, entités locales et départements ministériels impliqués, ainsi que la communauté scientifique.

- *Objectif général pour PM10 et NO2:* On a posé l'objectif général de réaliser l'accomplissement des valeurs limite pour toutes les zones où il y ait des dépassements le plus tôt possible et en tout cas au plus tard en 2015, objectif qui n'a pas été accompli. On pose de même l'objectif de maintenir ou améliorer les niveaux dans le reste du territoire national :

Polluant	Période de calcul de moyenne	Valeur limite
NO2	Quotidien	200 µg/m ³ (18 dépassements à l'année comme maximum)
	Annuel	40 µg/m ³
PM10	Quotidien	50 µg/m ³ (35 dépassements à l'année comme maximum)
	Annuel	40 µg/m ³

- *Objectif général pour ozone*: On pose l'objectif général de réduire les émissions des précurseurs de l'ozone, en particulier oxydes d'azote et composés organiques volatils, moyennant l'application des mesures arbitrées pour NO₂ et des grands plans sectoriels actuellement en vigueur (Plan National de Plafonds, Plan National de Grandes Installations de Combustion, etc.) de sorte qu'on améliore leurs niveaux de qualité:

Polluant	Période de calcul de moyenne	Valeur Objectif
Ozone	Horaire	
	Maximum quotidien des moyennes mobiles octohoraires	120 µg/m ³ (25 dépassements comme maximum, dans une moyenne de calcul de 3 ans)

En 2015 on a intégré information concernant la qualité de l'air et la santé dans la page web du Ministère de la Santé, des Services sociaux et d'Égalité.

CHANGEMENT CLIMATIQUE

L'Espagne, par sa situation géographique et ses caractéristiques, c'est un pays très vulnérable au changement climatique, comme l'on est en mettant en évidence dans les plus récentes analyses et recherches. Le **Plan National d'Adaptation au Changement Climatique**, c'est le cadre général de référence pour les activités d'évaluation d'impacts, vulnérabilité et adaptation en Espagne. En 2009 on a adopté le Deuxième Programme de Travail de ce Plan, où l'on comprend le développement de plans d'action en santé publique fondés sur systèmes d'alerte précoce permettant l'identification des situations de risque avant que celles-ci aient lieu, le renforcement des programmes de surveillance et de contrôle en maladies de transmission vectorielle et le renforcement d'activités d'évaluation de l'effet du changement climatique dans la santé, tout en prenant en considération les prévisions de la structure démographique dans notre pays et l'influence d'autres secteurs, sur les différents cadres de changement climatique.

Depuis 2009 lorsqu'on a créé l'**Observatoire de la Santé et le Changement Climatique** (OSCC) par Accord de Conseil des Ministres, lié aux politiques du Gouvernement en Changement Climatique et Santé, sa tâche principale a été appuyer les politiques coordonnées d'adoucissement et adaptation sur changement climatique, en étant un instrument d'analyse, diagnostic, évaluation et suivi des effets du changement climatique sur la santé publique et dans le Système National de la Santé.

L'Observatoire coordonne quatre groupes de travail d'experts dans les thématiques de: Températures extrêmes, Qualité de l'Air, Qualité de l'Eau et Maladies transmissibles. En 2014 on a publié le rapport "Impacts du Changement Climatique sur la santé". <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/CCCompleto.pdf>

EXCÈS DE TEMPÉRATURES

Le Plan National d'Actions Préventives des Effets de l'Excès de Températures sur la Santé (PNAPEETS), réglementé par l'Arrêté PRE/1518/2004, du 28 mai, en vertu duquel on crée la Commission Interministérielle pour l'application efficace du dénommé Plan. Pendant la période estivale entre les ans 2012 et 2015 on a activé ce Plan National.

Ce Plan a pour but celui d'établir les mesures nécessaires pour réduire les effets sur la santé liés aux températures extrêmes et coordonner les institutions de l'Administration de l'État impliqués. Sa gestion est effectuée principalement à travers trois activités, qui sont complétées avec une campagne de publicité institutionnelle:

- Systeme de surveillance de prédiction des températures:

L'une des actions prioritaires du Plan est alerter les autorités sanitaires et les citoyens à l'avance suffisante sur éventuelles situations de risque. Ce qui permet d'établir les règles d'action pour la protection de la santé de la population.

La prédiction météorologique permet de connaître à l'avance le risque des augmentations de température avec une fiabilité acceptable. Le système facilite tous les jours aux autorités sanitaires et d'autres organismes impliqués, les prédictions de températures (maximales et minimales) élaborées par l'Agence de l'État de Météorologie: En établissant, sur la base de seuils thermiques de différents niveaux d'alerte: Niveau 0 (absence de risque), Niveau 1 (bas risque), Niveau 2 (risque moyen), et Niveau 3 (haut risque).

Pendant la période 2012-2015 on a activé en 1.040 occasions le niveau de risque 1, en 236 occasions le niveau de risque moyen et en 25 occasions le niveau de haut risque.

ANNEE	NIVEAU 0	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
2012	5201	287	73	3
2013	5448	96	18	2
2014	5495	69	0	0
2015	7099	588	145	20

- Systeme de monitoring de la mortalité quotidienne

À partir de 2009, on a introduit ce système dans le but de surveiller les écarts de la mortalité quotidienne observée en ce qui concerne celles attendues selon ce qui a été observé dans les séries historiques de mortalité. Entre 2012 et 2015 on a observé quelques excès de mortalité, notamment en personnes âgées de 65 ans. Néanmoins, on n'a pas pu établir le lien entre excès de mortalité observés et température, mais les coïncidences en temps et espace suggèrent association entre les deux variables.

- Surveillance de mortalité spécifique

L'objectif est celui de connaître le nombre et les caractéristiques des personnes décédées pour coup de chaleur, dans le but d'ajuster les lignes d'action préventive dans les plus susceptibles.

Personnes décédées par coup de chaleur	2012	2013	2014	2015 ¹³
Hombres	17	18	10	13
Mujeres	15	7	3	11
Niños	0	0	0	0
Total	32	25	13	24

QUALITÉ DES EAUX

La qualité des eaux de consommation se trouve réglementée par le Décret Royal 140/2003, du 7 février, en vertu duquel l'on établit les critères sanitaires de la qualité de l'eau pour la consommation humaine. Pour son exécution on dispose du **Système d'Information Nationale des Eaux de Consommation – SINAC**, qui recueille les caractéristiques des approvisionnements et paramètres liés à la qualité de l'eau de consommation humaine des localités plus grandes de 50 habitants.

À la fin de 2014 le SINAC dispose d'information des infrastructures du 86% des communes, qui touche le 88% de la population.

Pendant cette année on a géré plus de quatre millions de déterminations (4.411.448). En correspondant à la qualité de l'eau autorisée pour la consommation dans le 99,5% des bulletins analytiques.

Qualification sanitaire	2012	2013	2014	2015
Eau autorisée à la consommation	99.3	99.3	99.5	Donnée pas disponible
Eau non autorisée à la consommation	0.7	0.7	0.5	Donnée pas disponible

La qualité des eaux de bain se trouve réglementée dans le Décret Royal 1341/2007, du 11 octobre, sur la gestion de la qualité des eaux de bain. Pour son exécution on dispose du **Système d'Information Nationale des Eaux de Bain –NAYDE**, qui recueille le recensement officiel des plages et les paramètres indicateurs de leur qualité.

Le recensement officiel correspondant à la saison 2015 en Espagne comprend 2.189 zones d'eaux de bain, distribuées en 214 continentales et 1.948 maritimes. Tout en notifiant dans la campagne de cette année 23.140 échantillonnages et 23.129 bulletins

¹³ Les données correspondantes par an sont provisoires jusqu'à sa consolidation postérieure.

d'analyse, avec un total de 47.088 déterminations. La qualification des eaux de bain pour l'année 2015 a été la suivante :

Qualification Sanitaire	Excellente	Bonne	Suffisante	Insuffisante
Eaux maritimes	88,6%	6,7%	2,3%	1,6%
Eaux continentales	51,9%	24,5%	8,3%	10,4%

Dans cette période on a publié la suivante réglementation :

- **Arrêté SSI/304/2013**, du 19 février, sur substances pour le traitement de l'eau destinée à la production de l'eau de consommation humaine.
- **Disposition finale première** (*Modification du Décret Royal 140/2003, du 7 février, en vertu duquel l'on établit les critères sanitaires de qualité de l'eau de consommation humaine*) **du Décret Royal 742/2013**, du 27 septembre, en vertu duquel l'on établit les critères techniques et sanitaires des piscines.

SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

En ce qui concerne la sécurité alimentaire, l'Espagne a recueilli les normes communautaires concernant cette matière, qui peuvent être consultées dans le link suivant:

http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/seguridad_alimentaria/subseccion/legislacion_seguridad_alimentaria.shtml

Comme un autre aspect de la sécurité alimentaire, plus lié à la nutrition nous pouvons souligner autre des initiatives promues en Espagne, la Stratégie NAOS.

Cette Stratégie a pour but encourager une alimentation saine et promouvoir la pratique habituelle d'activité physique, moyennant la combinaison des deux mesures, inverser la tendance ascendante dans la prévalence d'obésité, notamment entre la population des enfants.

Développement du "Code d'Autorégulation de la publicité d'aliments et des boissons adressée à mineurs" (Code PAOS).

STATISTIQUES ET D'AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES SUR LA PROPORTION DES FUMEURS EN CE QUI CONCERNE L'ENSEMBLE DE LA POPULATION, SUR L'ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL, AINSI QUE SUR LES TAUX DE COUVERTURES DE VACCINS POUR LES MALADIES INFECTIEUSES ET ÉPIDÉMIQUES

DONNÉES SUR L'ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION DU TABAC DANS LA PÉRIODE 2012-2015

Les données de la consommation les plus actuelles correspondent à l'année 2014 (Source: Enquête Européenne de la Santé en Espagne de l'année 2014 et Enquête Nationale de la Santé de l'Espagne 2011-2012, En adultes, on observe une réduction de la prévalence de la consommation actuelle de tabac (quotidienne et occasionnelle), tout en passant de 27% au 25,4% entre 2012 et 2014, avec un 30,4% en hommes et

une réduction plus prononcée en femmes (20,5% en 2014 face à 22,8% en 2011-2012).

DONNÉES SUR L'ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL DANS LA PÉRIODE 2012-2015

Les principales sources d'information pour analyser l'évolution des consommations d'alcool en Espagne sont les suivantes:

Enquêtes populationnelles La consommation per capita (+15 ans). Enquêtes populationnelles:

1. L'Enquête Nationale de la Santé en Espagne. Population de 15 et plus ans. Données de la dernière enquête de 2011-2012:
 - Le pourcentage de personnes qui ont consommé alcool dans cette dernière année est de 65,6% (77,5% en hommes et 54,3% en femmes). La consommation habituelle (tout au moins un jour par semaine) a diminué 10 points en pourcentage depuis 2006, en passant d'un 48% à un 38%.
 - La prévalence de consommation est plus haute, à un plus grand niveau d'études, notamment entre les femmes. La prévalence de consommation quotidienne et par semaine est plus grande en hommes qu'en femmes, bien que les différences de consommations des week-ends soient moins prononcées.
 - La consommation intensive d'alcool a augmenté dans tous les groupes d'âge dans les dernières années, notamment entre les plus jeunes, les hommes boivent de cette façon le double que les femmes et avec une plus grande fréquence, en plus grande quantité et pendant plus ans.
2. Enquête Européenne de Santé en Espagne 2014. Coordonnée par Eurostat c'est la partie espagnole de la European Health Interview Survey (EHIS). Population de 15 et plus ans:
 - Le 32,68% de la population de 15 et plus ans ne boit pas alcool jamais.
 - Le 36,77% de la population de 15 et plus ans boit alcool tout au moins une fois par semaine, ce qui est défini comme "consommation habituelle", 50,28% en hommes et 23,88% en femmes. Le 15,06% boit quelque sorte de boisson alcoolisée tous les jours, un 23,29% en hommes et un 7,21% en femmes.
 - La consommation intensive épisodique d'alcool, (overdose, binge drinking, heavy episodic drinking), dans les derniers 12 mois, l'a effectuée le 30% des hommes et le 14% des femmes. Entre les 15 et les 24 ans la consommation mensuelle en hommes est environ du 20%, et entre 35 et 64 ans diminue mais encore environ 12%. En femmes presque atteint le 10% entre les 15 et les 34 ans, et diminue de manière échelonnée à partir de cet âge.
3. L'Enquête Domiciliaire sur Alcool et Drogues en Espagne (EDADES), est effectuée d'une façon biennale, il y a des séries depuis 1995. Cette enquête

mesure la consommation d'alcool en population de 15 à 64 ans. Données de la dernière enquête de 2013-2014:

- L'alcool est la substance la plus consommée par population de 15 à 64 ans, le 93% l'a consommée quelque fois dans la vie. L'âge de commencement à la consommation a resté stable (16,7 ans) du commencement de l'enquête; la prévalence de la consommation est plus élevée entre les hommes qu'entre les femmes (83,2% en hommes et 73,4% en femmes).
 - Les intoxications éthyliques dans la dernière année, sont situées dans le 19,1%; le 4,4% l'a fait plus d'une fois par mois dans la dernière année.
 - En ce qui concerne la prévalence de consommation des boissons alcoolisées en overdose (binge drinking) dans les derniers trente jours, est situé dans un 15,5% en 2013.
4. Enquête de l'État sur l'emploi de Drogues en Étudiants d'Enseignements Secondaires (ESTUDES), qui est effectuée biennalement, en existant des séries depuis 1984. Cette enquête mesure la consommation d'alcool en population de 14 à 18 ans. En 2014:
- La proportion de consommateurs d'alcool, quelque fois dans la vie dans les derniers 30 jours, a eu une importante réduction depuis 1994 (75,1%) jusqu'à 2006 (58%) et une hausse en 2010 (63%), en 2014 continue cette tendance à la hausse avec un 68,2%.
 - Néanmoins, la prévalence d'ivresses dans les derniers 30 jours a été en diminuant (29,1% en 2008 et 30,8% en 2010 et 22,2% en 2014). La consommation en overdose (binge drinking), dans les derniers 30 jours, a été en diminuant aussi en passant d'un 41,4% en 2008 à un 32% en 2014.
 - Dans ce groupe d'âge, les prévalences de consommation sont hautes, les tendances sont stables et diminue la consommation intensive.
5. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) ou Étude sur les conduites saines des jeunes scolarisés; il s'agit d'un projet appuyé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), où participent plus de 40 pays occidentaux. Cette étude envisage la consommation d'alcool dans cette population (âge de commencement, consommation, etc.), la dernière de l'année 2014 est en phase d'exploitation de données et ne diffère pas notamment de l'ESTUDES.

Consommation per capita (+15 ans): Le "Committee on Data Collection, Indicators and Definitions" (European Commission, Directorate General for Health and Consumers) définit la consommation per capita comme le total de litres d'alcool consommés annuellement (tout en comprenant l'alcool déclaré et non déclaré) par le total de la population plus âgé de 15 ans. Cette notion ou définition est celle utilisée, par consensus, tant à l'échelon de l'Union Européenne que de la Région Européenne de l'OMS.

En prenant comme référence cette définition, en Espagne, on saisit que l'évolution de la consommation per capita a été en diminuant d'une façon progressive et constante

dans les dernières années. En passant de 11,92 litres en 2005, à 10,24 litres en 2008, 9,99 litres en 2009 et 9,79 litres en 2010.

Conclusion : En termes généraux, on est en observant une réduction progressive de la consommation per capita et de la consommation quotidienne concernant les repas. Néanmoins, augmente la tendance à boire d'une façon plus intensive entre ceux qui boivent, notamment entre les plus jeunes, les week-ends et lié au temps de loisir. L'âge de commencement à la consommation, depuis 1994 jusqu'à 2014, reste stable. En général, il y a entre la population une faible perception sur les risques pour la santé découlant de la consommation d'alcool.

POURCENTAGE DE COUVERTURES DE PRIMOVACCINATION (séries basiques).

COUVERTURES DE VACCINATION EN ESPAGNE 2012-2015

Pourcentage de couvertures de primovaccination (séries basiques)				
Total National, 2012-2015				
Année	2012	2013	2014	2015
Poliomyélite	96,3	95,6	96,6	96,6
DTPa	96,3	95,6	96,6	96,6
Hib	96,3	95,6	96,5	96,6
Hépatite B	95,8	95,2	96,2	96,6
Méningite C	96,6	95,8	96,9	96,9

Pourcentage de couvertures de vaccination en renfort. Total National, 2012-2015				
Année	2012	2013	2014	2015
Poliomyélite				
DTPa	92,9	92,3	94,8	94,5
Hib	93,1	92,3	94,6	94,5
Hépatite B	92,9	92,3	94,6	94,5
Méningite C	94,8	96,1	95,2	95,6
Vaccination en Renfort: Enfants vaccinés 6 ans				
dTpa	87,7	89	91,6	75,8

Vaccination en Renfort : Adolescents vaccinés 14 ans				
dT	74,6	77,1	80,6	77,8

Pourcentage de couvertures de vaccination Rougeole- Rubéole-Parotidite (SRP).				
VPH en adolescents. Total National, 2012-2015				
Année	2012	2013	2014	2015
Triple Virale : Rougeole, Rubéole et Parotidite (SRP)				
Première dose : enfants de 1 à 2 ans mois	97,1	95,3	96,1	96,1
Deuxième dose : enfants de 3 à 6 ans	90,3	90,7	93	94,5
VPH en adolescents				
VPH: Deux-Trois doses de 11 à 14 ans	70,8	74,7	73,1	79,6

Pourcentage de couvertures de vaccination antigrippale en population plus âgé ou égal à 65 ans.	
Total National, Saisons 2012-2015	
Saison	Couverture (%)
2012-2013	57
2013-2014	56,4
2014-2015	56,2
2015-2016	56,1

On observe que les couvertures de vaccination dans les dernières 4 années continuent à être très hautes pour tous les programmes.

L'accès des programmes de santé publique, y compris les programmes de vaccination, est universel et "gratuit" indépendamment de la situation administrative des personnes et le financement de tous les programmes de santé publique en même temps que l'assistance sanitaire vient des impôts qui apporte la population qui vive en Espagne.

SURVEILLANCE DES MALADIES TRANSMISSIBLES

Comme l'on a déjà mentionné, en Espagne, les conditions pour surveiller, contrôler et traiter les maladies transmissibles sont établies à travers le Système National de la Santé et le diagnostic et traitement des maladies transmissibles, comme la tuberculose ou le VIH, est effectué d'une façon gratuite, tout en comprenant aussi les immigrants sans papiers, auxquels on leur facilite l'accès à tous les programmes de Santé Publique et Prévention des Maladies, en comprenant les programmes de vaccination, les programmes de prévention et le contrôle de maladies transmissibles fournis par les gouvernements régionaux.

L'accès aux programmes de santé publique pour toutes les personnes qui habitent en Espagne, indépendamment de leur état d'assurance, a été réitéré dans un accord du Conseil Interterritorial du SNS (organe de décision du SNS) en décembre 2013 tel qu'on figure dans le suivant lien de la page web officielle du Département:

<http://msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/IntervencionSanitariaRiesgoSP.pdf>

En renforçant cette question, et en centrant l'attention sur les Maladies de Déclaration Obligatoire, après la révision des données de 2010, 2011, 2012 et 2013, 2014 et 2015 on observe qu'on n'a pas aucun changement dans le nombre des cas ni dans la tendance des maladies objet de surveillance, comme l'on peut voir dans le suivant lien:

<http://isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/enfermedades-declaracion-obligatoria-series-temporales.shtml>

En ce qui concerne les cas de tuberculose, par exemple, le rapport du Centre Européen de Contrôle de Maladies Transmissibles (ECDC) montre qu'en Espagne a eu une diminution ou réduction dans le nombre des cas (taux de 17,5% en 2007; 18,1% en 2008; 16,6% en 2009; 15,7% en 2010; 14,7% en 2011, dernière date de notification. Suivant les données du Bulletin Épidémiologique, en 2014 un taux d'incidence de 10,80).

En effet, les données du Réseau National de Surveillance Épidémiologique montrent que le nombre des cas pour tuberculose continue à diminuer en 2012, 2013 et 2014. Tel qu'on figure dans les rapports, en Espagne la surveillance de la couverture pour tuberculose est fondée sur les Programmes intégraux de la Santé Publique, sur la surveillance des cas et sur la communication obligatoire de ceux-ci par les médecins des premiers soins et hôpitaux au Réseau de Surveillance. Les données peuvent être consultées à:

<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/tuberculosis.shtml>

En ce qui concerne le VIH, le rapport de l'ECDC montre que l'incidence pour VIH reste stable, sauf dans le cas des hommes qui ont des relations avec hommes, où ont augmenté le nombre des cas diagnostiqués. En tout cas, n'on observe pas une augmentation dans la population migrante.

L'Espagne dispose, tel qu'on on a mentionné précédemment en parlant de la tuberculose, de couverture nationale pour VIH, à travers de Programmes de la Santé Publique obligatoires et intégraux, à travers un Système de surveillance des cas et à travers la notification de ceux-ci par les médecins et laboratoires. Les données peuvent être consultées à:

<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades-sida/informacion-sobre-personas-que-viven-con-el-VIH.shtml>

La thérapie antirétrovirale en Espagne est disponible pour toute la population y compris les migrants quelle que soit leur condition administrative, fait qui n'arrive pas en d'autres pays, même de l'Union Européenne.

Article 12. Droit à la sécurité sociale.

PARAGRAPHE 1. ÉTABLIR ET MAINTENIR UN RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE

En Espagne il y a un système de Sécurité Sociale dont les caractéristiques, directives et principes essentiels ont été ample et à plusieurs reprises commentés en rapports précédents déposés par le Gouvernement espagnol. En conséquence, nous nous reportons à ceux-ci pour l'information qui avec caractère général est demandée sur l'obligation d'établir et de maintenir un régime de Sécurité Sociale. De même, on a demandé l'émission d'un nouveau rapport annuel sur le Code Européen de Sécurité Sociale, parties ratifiées et non ratifiées, où l'on offrira une accomplie information sur l'application de ces obligations.

Les principales données statistiques qui touchent le Système de la Sécurité Sociale et qui vont être synthétisées dans les tableaux suivants concernent les années 2012, 2013, 2014 et 2015 en ce qui concerne population et concepts économiques. En ce qui concerne le montant et la quantification tant des revenus que des dépenses, les chiffres définitifs correspondent aux exercices liquidés jusqu'à l'année 2014, puisque les chiffres correspondants à l'exercice de 2015 sont encore provisoires.

DONNÉES STATISTIQUES

En ce qui concerne le premier, on constate la rupture de l'évolution décroissante de la série statistique du nombre total d'affiliés au système de la Sécurité Sociale qui, à la suite de la crise économique, l'on traînait depuis l'année 2008, et qui à partir de l'année 2014, montre des valeurs positives, découlant de l'évolution favorable du marché du travail, tel qu'on reflète dans les tableaux suivants:

Pour la période 2012-2015, conformément aux données de l'Enquête de la Population Active, on confirme l'inflexion dans la tendance décroissante des variables du marché du travail depuis l'année 2014. Face à une légère diminution du chiffre de population, d'égal et plus de 16 ans, il faut souligner le bras de fer positif dans l'évolution des chiffres d'occupés et des chômeurs, qu'en étant divergents, neutralisent le chiffre du nombre d'actifs. Les données qui confirment cette tendance sont les suivantes:

DONNÉES DU MARCHÉ DU TRAVAIL EN ESPAGNE

(Période 2012-2015)

Concepts	Anées (media anual) (moyenne annuelle) (milliers de personnes)			
	2012	2013	2014	2015
Nombre d'actifs	23.443,8	23.190,1	22.954,6	22.922,0
Nombre d'occupés	17.632,7	17.139,0	17.344,2	17.866,0
Nombre de chômeurs	5.811,1	6.051,1	5.610,4	5.056,0
Population totale >= 16 ans	38.815,1	38.638,7	38.514,6	38.497,6

Source : Enquête de la Population Active (INE)

En ce qui concerne l'évolution des taux d'occupation, par groupes d'âge et sexe, il faut souligner la reprise de l'occupation à partir de l'année 2014, tel que l'on observe dans le suivant tableau :

TAUX D'OCCUPATION PAR ÂGES ET SEXE

(Période 2012-2015)

	2012	2013	2014	2015
TAUX D'OCCUPATION DE 16-64 ANS				
- Hommes	61,1	60,1	61,6	64,0
- Femmes	51,8	51,0	52,0	53,4
- Total	56,5	55,6	56,8	58,7
TAUX D'OCCUPATION DE 55-64 ANS				
- Hommes	52,1	50,5	51,2	54,0
- Femmes	36,0	36,3	37,8	40,2
- Total	43,9	43,2	44,3	46,9

Source : Enquête de Population Active (INE)

On déduit de l'analyse des données d'occupation que la baisse ou réduction qui est traînée de la période précédente touche sol dans l'année 2013, tout en ayant une augmentation nette dans l'année 2014 qui devient vigoureuse dans l'année 2015, pour tous les groupes d'âge et sexe.

Comme il arrivait déjà avec l'enquête d'occupation de l'INE, la réduction dans le nombre d'affiliés occupés du Système de la Sécurité Sociale est arrêtée dans l'année 2013, tout en ayant une augmentation accélérée à partir de cette année, à l'exception des Régimes Spéciaux de la Mer et du Charbon, qui maintiennent la tendance décroissante mais de faible importance numérique, notamment marquée dans le cas des travailleurs du charbon. L'évolution de l'affiliation est la suivante :

NOMBRE D'AFFILIÉS OCCUPÉS PAR RÉGIMES

(Période 2012-2015)

Champ d'application	Nombre de travailleurs affiliés occupés						
	31-12-12	31-12-13	Δ%	31-12-14	Δ%	31-12-15	Δ%
Régime Général	13.247.145	13.144.484	- 0,77	13.464.055	2,43	13.955.159	3,65
Régime Spécial des Travailleurs Indépendants	3.022.980	3.051.795	0,95	3.126.593	2,45	3.165.812	1,25
Régime Spécial de la Mer	57.709	57.415	- 0,51	57.236	- 0,31	56.036	-2,10

Régime Spécial du Charbon	4.654	4.348	- 6,57	4.000	- 8,00	3.583	- 10,43
TOTAL	16.332.488	16.258.042	- 0,46	16.651.884	2,42	17.180.590	3,18

Source : Sécurité Sociale.

En ce qui concerne les assiettes de cotisation au Système National de la Sécurité Sociale, qui déterminent le niveau des prestations économiques, leur évolution a dépendu, en partie, de l'évolution de l'augmentation des salaires. La cotisation au Régime Général est effectuée sur les salaires réels, avec des limites minimales et maximales selon catégories professionnelles dont les chiffres sont reflétés dans le tableau suivant :

BASES DE COTISATION MINIMALES ET MAXIMALES AU RÉGIME GÉNÉRAL ET ASSIMILÉS (1)

Catégories Professionnelles	1-1-12		1-1-13		1-1-14		1-1-15	
	B/m							
BASE MENSUELLE								
1. Ingénieurs et Licenciés	1.045,2	3.262,5	1.051,5	3.425,7	1.051,5	3.597,0	1.056,9	3.606,0
2. Ing. Techn., Techniciens et Assistants	867,0	3.262,5	872,1	3.425,7	872,1	3.597,0	876,6	3.606,0
3. Chefs Administration et Atelier	754,2	3.262,5	758,7	3.425,7	758,7	3.597,0	762,6	3.606,0
4. Assistants non diplômés	748,2	3.262,5	753,0	3.425,7	753,0	3.597,0	756,6	3.606,0
5. Employés administratifs	748,2	3.262,5	753,0	3.425,7	753,0	3.597,0	756,6	3.606,0
6. Subalternes	748,2	3.262,5	753,0	3.425,7	753,0	3.597,0	756,6	3.606,0
7. Assistant administratifs	748,2	3.262,5	753,0	3.425,7	753,0	3.597,0	756,6	3.606,0
BASE JOURNALIERE								
8. Officiels de 1 ^{ère} et 2 ^{ème}	24,94	108,75	25,10	114,19	25,10	119,90	25,22	120,20
9. Officiels de 3 ^{ème} et Spécialistes	24,94	108,75	25,10	114,19	25,10	119,90	25,22	120,20
10. Manoeuvres	24,94	108,75	25,10	114,19	25,10	119,90	25,22	120,20
11. Travailleurs < 18 ans	24,94	108,75	25,10	114,19	25,10	119,90	25,22	120,20
PLAFOND MAXIMUM		3.262,5		3.425,7		3.597,0		3.606,0

B/m : Base minimale
B/M : Base maximale

(1) Les assimilés comprennent les Régimes de Travailleurs de la Mer et du Charbon.

L'évolution du salaire minimum interprofessionnel pour la période 2012-2015 est la suivante :

SALAIRE MINIMUM INTERPROFESSIONNEL

	2012	Δ%	2013	Δ%	2014	Δ%	2015	Δ%
Journalier	21,38	0,00	21,51	0,61	21,51	0,00	21,62	0,51
Mensuel	641,40	0,00	645,30	0,61	645,30	0,00	648,60	0,51

PARAGRAPHE 2 : MAINTIEN D'UN NIVEAU SATISFAISANT DE SÉCURITÉ SOCIALE.

CADRE JURIDIQUE ET MESURES PRISES

En ce qui concerne le cadre juridique général auquel on fait référence dans ce paragraphe, on doit remarquer que, pendant la période sur laquelle l'on informe, on a eu des modifications importantes desquelles on informe dans les paragraphes correspondants.

En ce qui concerne le maintien d'un niveau de protection sociale satisfaisante, non inférieur à la norme minimale de la Convention 102 de l'O.I.T. sur Sécurité Sociale (norme minimale), on offre les chiffres correspondants à l'année 2014, dernière liquidation disponible et dans ces chiffres on recueille tant les montants des prestations économiques correspondantes aux parties ratifiées par l'Espagne que le niveau des cotisations effectuées à la charge des salariés protégés. On ne comprend pas par conséquent, les pensions de retraite et invalidité non contributives, les prestations de protection à la famille, l'assistance sanitaire et les services sociaux, qui ont caractère universalisé et qui sont financées avec contributions de l'État à partir de la Loi de Consolidation et Rationalisation de la Sécurité Sociale, qui range les flux financiers du Système de la Sécurité sociale de sorte que les prestations contributives restent financées fondamentalement par des cotisations sociales, tandis que la contribution de l'État est projetée avec une claire délimitation à la couverture de l'Assistance Sanitaire, ainsi que des prestations non contributives, en fonction du caractère des unes et des autres, en restant techniquement consacrée à ces fins la contribution spécifique assignée à chacune d'elles (Retraite, invalidité, protection à la famille, etc.).

Depuis l'année 2013, l'État a assumé le financement plein des compléments à minimums des pensions, après lequel on donne application à la recommandation première du Pacte de Tolède, sur séparation et éclaircissement des sources de financement, dans le délai prévu (1^{er} janvier 2014) dans la Disposition transitoire quatorzième de la Loi Générale de la Sécurité Sociale, ainsi qu'à la Disposition additionnelle douzième de la Loi 27/2011 où l'on insiste sur le "spécial intérêt dans l'accomplissement des engagements de financement moyennant d'impôts des compléments à minimums de pensions".

Par ailleurs et dans le domaine des dépenses Sanitaires et Services Sociaux les réformes effectuées dans le financement des Communautés Autonomes à la suite du nouveau système surgi de l'Accord du Conseil de politique Fiscale et Financière du 27 juillet 2001, ont pour but garantir les ressources qui en ont besoin ces Communautés qui touchent les services transferts et qui tombent dans la Santé et les Services Sociaux fondamentalement.

En fonction de cet Accord, le mentionné financement sera effectué par les Communautés Autonomes elles-mêmes avec les ressources provenant des impôts cédés. Pour cela, les crédits que traditionnellement étaient imputés aux budgets du Système de la Sécurité Sociale pour ces concepts disparaissent à partir de l'exercice de 2012, tant dans du point de vue des dépenses que des revenus.

Dans les prestations contributives le financement vient des cotisations sociales qui sont distribuées entre employeurs et travailleurs et qui dans le Régime Général et dans l'année 2014, on déduit au travailleur le 4,70% de son assiette de cotisation et

l'employeur apporte le 23,6% de cette assiette. Les bases de cotisation correspondent aux salaires réellement perçus, mais avec l'application de quelques plafonds maximums et minimums selon catégories professionnelles. Ces plafonds pour l'année 2014 étaient situés en 3.597 et 753 euros par mois, respectivement.

Il y a une branche spéciale pour les accidents de travail et maladies professionnelles, où les primes pour couvrir cette éventualité ont la considération de cotisations et sont financées exclusivement par les employeurs, en fonction des activités que ces travailleurs effectuent, c'est pourquoi ces primes ne sont pas comprises dans l'information fournie.

Les chiffres correspondants à l'année 2014, concernant chacune des parties ratifiées par l'Espagne sont les suivants :

Parties	Ressources consacrées à la protection des salariés, de leurs conjoints et leurs enfants	Cotisations à la charge des salariés protégés
	(A)	(B)
Partie IV. Chômage (1).....	34.775,37	3.927,57
Partie III. Incapacité Temporaire..	4.059,92	} 14.847,22 (2)
Partie V. Retraite.....	62.642,76	
Partie VIII. Maternité.....	1.736,82	
Partie IX. Invalidité.....	9.317,36	
	16.161,68	
Total financé avec cotisations	128.693,91	18.774,79

Source : Rapport Économique-Financier au Budget de la Sécurité Sociale, Comptes et Bilans du Système et Bulletin de Statistiques du Travail du Ministère de l'Emploi et de la Sécurité Sociale.

- (1) Pour changement méthodologique, les chiffres correspondent à l'année 2013 et comprennent les revenus découlant du chômage (SEPE) et du Fonds de Garantie Salariale.
- (2) En Espagne le taux de cotisation est unique et couvre toutes les prestations. Les cotisations des salariés protégés pour ces prestations s'élèvent à 14.847,22 millions d'euros.

PARAGRAPHE 3. ÉLEVATION PROGRESSIVE DU NIVEAU DE SÉCURITÉ SOCIALE

CADRE JURIDIQUE ET MESURES PRISES

Liste des dispositions publiées pendant la période sur laquelle on informe et qui tombent dans le domaine de la Sécurité Sociale :

- Arrêté ESS/184/2012, du 2 février, en vertu duquel on développe les normes légales de cotisation à la Sécurité Sociale, chômage, protection pour cessation d'activité, Fonds de Garantie Salariale et formation professionnelle pour l'exercice 2012 (Journal Officiel de l'État du 7 février 2012).
<http://www.boe.es/boe/dias/2012/o2/o7/pdfs/BOE-A-2012-1791.pdf>

L'article 13 du Décret-loi Royal 20/2011, du 30 décembre, de mesures d'urgence en matière budgétaire, fiscale et financière pour la correction du déficit public, vient à proroger la réglementation comprise dans l'article 132 de la Loi 39/2010, du 22 décembre, du Budget de l'État pour l'année 2011, concernant les bases et types de cotisation à la Sécurité Sociale, chômage, cessation d'activité des travailleurs indépendants, Fonds de Garantie Salariale et formation professionnelle pour cet exercice, avec les modifications et adaptations effectuées dans cette loi par les innovations légales qui ont eu lieu pendant 2011, bien qu'avec les spécifications et exceptions qui sont recueillies dans cet article.

En ce qui concerne les innovations légales mentionnées, il faut souligner l'intégration du Régime Spécial de la Sécurité Sociale des Employés de Maison dans le Régime Général, établie dans la Loi 27/2011, du 1^{er} août, sur mise à jour, adaptation et modernisation du système de la Sécurité Sociale, et la Loi 28/2011, du 22 septembre, en vertu de laquelle on procède à l'intégration du Régime Spécial Agraire de la Sécurité Sociale dans le Régime Général de la Sécurité Sociale.

À cette fin répond cet arrêté, par lequel on développe les prévisions légales en matière de cotisations sociales pour l'exercice 2012. À travers cet arrêté non seulement on reproduit les bases et types de cotisation reflétés dans les textes légaux mentionnés, mais qu'en développement des facultés attribuées par l'article 110 du texte refondu de la Loi Générale de la Sécurité Sociale, adopté par le Décret-loi Royal 1/1994, du 20 juin, on adapte les bases de cotisation établies à titre général aux cas de contrats à temps partiel.

En matière d'accidents de travail et maladies professionnelles sera d'application le tarif des primes établi dans la disposition additionnelle quatrième de la Loi 42/2006, du 28 décembre, du Budget de l'État pour l'année 2007.

À son tour, et conformément à ce qui est stipulé dans le Règlement Général sur cotisation et liquidation d'autres droits de la Sécurité Sociale, adopté par le Décret Royal 2064/1995, du 22 décembre, dans cet arrêté on fixe les taux applicables pour déterminer la cotisation à la Sécurité Sociale en cas spécifiques, comme sont ceux de convention spéciale, collaboration dans la gestion de la Sécurité Sociale ou exclusion de quelque éventualité.

On établit aussi les taux pour la détermination des contributions à la charge des mutuelles d'accidents de travail et maladies professionnelles de la Sécurité Sociale pour le soutien des services communs de la Sécurité Sociale, des contributions moyennant lesquelles l'on garantit le maintien de l'équilibre financier entre les entités collaboratrices mentionnées et l'Administration de la Sécurité Sociale, ainsi que les valeurs limite des taux d'accidents de travail généraux et taux d'accidents extrême, correspondants à l'exercice 2011, et le volumen de cotisation par éventualités professionnelles à atteindre pendant la période d'observation, pour le calcul de l'incitation prévu dans le Décret Royal 404/2010, du 31 mars, en vertu duquel on règle l'établissement d'un système de réduction des cotisations par éventualités professionnelles aux entreprises qui auraient contribué notamment à la diminution et la prévention des taux d'accident du travail.

- Décret-loi Royal 20/2012, du 13 juillet, de mesures pour garantir la stabilité budgétaire et d'encouragement de la compétitivité (Journal Officiel de l'État du 14 juillet 2012. Correction d'erreurs Journal Officiel de l'État du 19 juillet 2012).
<http://www.boe.es/boe/dias/2012/07/14/pdfs/BOE-A-2012-9364.pdf>
<http://www.boe.es/boe/dias/2012/07/19/pdfs/BOE-A-2012-9654.pdf>

La disposition additionnelle huitième, établit qu'en vigueur depuis le 15 juillet 2012, la convention spéciale en vertu de laquelle on réglemente la Sécurité Sociale du personnel soignant des personnes en situation de dépendance, aura pour le personnel soignant non professionnel un caractère volontaire et pourra être souscrit entre le personnel soignant non professionnel et la Trésorerie Générale de la Sécurité Sociale, les cotisations étant à la charge exclusivement du souscripteur de la convention spéciale.

De même, la disposition transitoire treizième établit que les conventions spéciales du personnel soignant non professionnel existantes à la date de l'entrée de ce Décret-loi Royal seront éteintes le 31 août 2012, sauf qu'avant le 1^{er} novembre 2012, le souscripteur demande expressément leur maintien, auquel cas on entendra qui subsiste depuis le 1^{er} septembre. À partir du 1^{er} janvier 2013, la convention spéciale sera à la charge exclusivement du personnel soignant non professionnel.

Par ailleurs, en ce qui concerne la cotisation pendant la perception de l'allocation pour chômage pour les personnes âgées de 55 ans, on maintient la cotisation pour l'éventualité à la charge de l'Entité de Gestion, le changement qui introduit cette norme tombe dans l'âge qui est étendu du 52 à 55 ans, et, en outre, aux effets de déterminer la cotisation on prendra en considération comme base minimale le plafond minimum de cotisation en vigueur, à partir de l'entrée en vigueur de ce Décret-loi Royal.

- Décret-loi Royal 28/2012, du 30 novembre, de mesures de consolidation et garantie du système de la Sécurité Sociale (Journal Officiel de l'État du 1^{er} décembre 2012).
<http://www.boe.es/boe/dias/2012/12/01/pdfs/BOE-A-2012-14695.pdf>

Devant l'incidence de la crise sur l'ensemble des comptes publics, et en particulier sur le système de la Sécurité Social, on est à adopter depuis

longtemps un ensemble de mesures consacrées à assurer la viabilité économique de ce système.

La crise est à impliquer un élevé déficit du système de la Sécurité Sociale pendant l'exercice 2012, avec les tensions qui en découlent de liquidité qui seront marquées le prochain mois de décembre 2012, où l'on doit payer deux mensualités, ordinaire et extraordinaire, de pensions de la Sécurité Sociale.

La situation décrite détermine l'impérieux besoin d'établir, pendant les exercices 2012, 2013 et 2014 des conditions exceptionnelles pour la disposition du Fonds de Réserve tout en laissant sans effet pendant les mentionnés exercices la limite du trois pour cent de la somme des concepts prévu dans la norme le réglementant.

Pour tout cela, pendant les exercices 2012, 2013 et 2014 on autorise la disposition du Fonds de Réserve de la Sécurité Sociale, à mesure qui se présentent les besoins, jusqu'à un montant maximum équivalent au déficit budgétaire des Entités de Gestion et Services Communs de la Sécurité Sociale.

Cette norme, suspend la revalorisation des pensions contributives pour l'exercice 2012 en fonction du correspondant indice des prix à la consommation (IPC) prévu pour celui-ci. Malgré ce qui précède, les pensions payées par le Système de la Sécurité Sociale seront augmentées en un 1% tout en prenant comme référence le montant légalement établi à 31 décembre 2012.

On augmentera en un 1% additionnel à celui prévu dans le Budget de l'État pour l'année 2013 toutes ces pensions qui ne dépassent les 1.000 euros par mois ou les 14.000 euros en calcul annuel. Par conséquent, ces pensions seront augmentées le 2%.

On laisse sans effet leur mise à jour pour l'exercice 2012 aux termes prévus dans l'article 48 de la Loi Générale de la Sécurité Sociale. Par conséquent, bien que l'IPC initialement prévu, et qui a été pris en considération pour revaloriser les pensions de l'année 2012, a été inférieur au résultant dans la pratique (entre novembre 2011 et novembre 2012) le pourcentage d'écart ne sera pas pris en considération pour mettre à jour les pensions, ni leur sera payé aux pensionnés dans un paiement unique pendant le premier trimestre de 2013 le différentiel entre le montant de la pension reçue en 2012 et celui qui aurait résulté si la pension aurait été augmentée en attendant à la variation réelle de l'inflation.

- Loi 13/2012, du 26 décembre, de lutte contre l'emploi irrégulier et la fraude à la Sécurité Sociale (JOURNAL OFFICIEL DE L'ÉTAT DU 27 DÉCEMBRE 2012).
<http://www.boe.es/boe/dias/2012/12/27/pdfs/BOE-A-2012-15596.pdf>

Dans le préambule de cette norme l'on justifie que, dans un contexte d'obligée stabilité budgétaire et de durabilité financière des Administrations Publiques, on doit intensifier les actions visant à affronter certaines conduites qui génèrent la réduction des revenus dans les ressources économiques du système de la Sécurité Sociale, la détérioration des droits des travailleurs et une indésirable compétence déloyale en ce qui concerne les entreprises, les personnes entrepreneurs et les travailleurs indépendants sérieux de leurs obligations

légales. Ce sont les raisons qui expliquent l'adoption d'un Plan de lutte contre l'emploi irrégulier et la fraude à la Sécurité Sociale pour la période 2012-2013. Ce Plan envisage, d'une part, des mesures d'organisation du point de vue administratif et, d'autre part, l'adoption de mesures réglementaires, l'une desquelles est l'adoption de cette Loi, et recherche les suivants objectifs :

- Stimuler l'affleurement de l'emploi irrégulier, avec un effet de régularisation des conditions de travail et de génération de ressources économiques du Système de la Sécurité Sociale pour paiement des cotisations sociales.
- Corriger l'obtention et la jouissance en fraude de la loi des prestations pour chômage, en particulier dans ces cas où l'on constitue d'entreprises fictives pour pouvoir accéder à celles-là ou où l'on concilie d'une façon irrégulière sa perception avec le travail salarié ou indépendant.
- Affleurer d'éventuelles situations frauduleuses, principalement en cas de faute d'inscription dans la Sécurité Sociale des travailleurs qui effectivement prêtent des services dans les entreprises, dans l'accès et la perception d'autres prestations du système de la Sécurité Sociale.
- Combattre les cas d'application illicite de ristournes ou réductions de cotisations patronales à la Sécurité Sociale.

De cette façon l'on modifie la Loi 42/1997, du 14 novembre, Ordonnatrice de l'Inspection du travail et de la Sécurité Sociale, dans le but que, sans baisse des droits des citoyens, puisse mener à bien mieux leurs tâches tout en obtenant des résultats d'une plus grande qualité et efficacité, de sorte que l'on introduit des réformes adressées à faciliter les actions de l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale en ce qui concerne l'accès à instruments et bases des données, on concrétise cette obligation en ce qui concerne le Conseil Général du Notariat et les Mutuelles de Prévision Sociale. On augmente aussi le délai de la durée des actions de constatation préalables à la procédure des sanctions ou de liquidation, et on comprend une nouvelle disposition sur notifications par moyens électroniques ou télématiques qui ne sera pas d'application jusqu'à n'ait pas lieu l'entrée en vigueur de l'Arrêté qui développe la pratique de la notification au Tableau d'Édits de l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale.

Par ailleurs, moyennant cette norme change la réglementation des sanctions d'infraction, comprise dans l'article 31.4 de la Loi Générale de la Sécurité Sociale dans les cas où il y ait conformité du contrevenant avec les correspondantes actes de liquidation, puisque si dans la réglementation précédente les montants étaient réduits automatiquement au 50% de leur montant, si le contrevenant, après donner sa conformité à la liquidation, déposait le montant dans le délai réglementaire, après la nouvelle rédaction étant donné le montant de la liquidation doit dépasser le montant de la sanction initialement proposée pour qu'on puisse être pratiquée la réduction mentionnée.

En outre, dans le texte refondu de la Loi sur Infractions et Sanctions dans l'Ordre Social, adopté par le Décret-loi Royal 5/2000, du 4 août, on introduit certains ajustements qui permettent d'adapter certains types d'infraction en matière de Sécurité Sociale qui tombent dans le contrôle de la fraude à la Sécurité Sociale aux

modifications réglementaires effectuées, ainsi que perfectionner les mécanismes des sanctions accessoires.

Entre les ajustements mentionnés on classe comme infractions légères la communication hors délai par l'employeur aux entités correspondantes des données, certificats et déclarations qui sont tenus de fournir et la non communication de tout changement dans les documents d'association ou d'adhésion pour la couverture non seulement d'éventualités professionnelles mais encore d'éventualités communes; on ajuste les types constitutifs d'infractions graves d'employeurs, travailleurs indépendants et assimilés; on modifie certains types constitutifs d'infractions très graves; on établit des critères additionnels pour la graduation des sanctions en cas de faute ou manque de cotisation; on détermine les montants des sanctions en nouveaux cas aggravés de fraude, et l'on adapte le précepte concernant l'attribution de compétences pour la résolution de procédures des sanctions en matière de Sécurité Sociale, aux modifications introduites pour la Loi 2/2008, du 23 décembre, du Budget de l'État pour l'année 2009, qui a modifié le système de détermination du montant des sanctions en cette matière, tout en réparant le vide juridique existant en ce qui concerne l'autorité compétente pour infliger des sanctions d'un montant supérieur à 187.515 euros.

Enfin, le Gouvernement est engagé à créer, dans le délai de six mois depuis l'entrée en vigueur de la norme, une Unité spéciale de collaboration et d'appui aux cours et tribunaux et au Parquet Général pour la lutte contre l'emploi irrégulier et la fraude à la Sécurité Sociale, qui dépendra de l'Autorité Centrale de l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale.

- Loi Organique 7/2012, du 27 décembre, en vertu de laquelle l'on modifie la Loi Organique 10/1995, du 23 décembre, du Code Pénal en matière de transparence et lutte contre la fraude fiscale et dans la Sécurité Sociale (Journal Officiel de l'État du 28 décembre 2012).
<http://www.boe.es/boe/dias/2012/12/28/pdfs/BOE-A-2012-15647.pdf>

En ce qui concerne le domaine de la Sécurité Sociale, la réforme touche le type basique pour réduire le montant à partir duquel l'infraction est constitutive de délit et faciliter les régularisations.

On introduit un type aggravé qui permet la poursuite des trames sociétaires après lesquelles on occulte le vrai employeur pour éluder le paiement des cotisations à la Sécurité sociale de ses travailleurs. Parallèlement, on introduit un type spécifique pour la sanction des fraudes en prestations du Système de la Sécurité Sociale moyennant un traitement pénal différencié de l'obtention frauduleuse d'aides et subventions qui offre une réponse efficace face aux cas de fraude avec grave perte pour le patrimoine de la Sécurité Sociale.

En outre, dans ce cas on prévoit un type aggravé avec lequel on fait face aux nouvelles formes d'organisation délictueuse consacrées à ces activités ou favorisant celles-ci, entreprises fictives créées dans le seul but d'obtenir des prestations du Système.

- Loi 17/2012, du 27 décembre, du Budget Général de l'État pour l'année 2013 (Journal Officiel de l'État du 28 décembre 2012). Correction d'erreurs Journal Officiel de l'État du 5 février 2013).

<http://www.boe.es/boe/dias/2012/12/28/pdfs/BOE-A-2012-15651.pdf>
<http://www.boe.es/boe/dias/2013/02/12/pdfs/BOE-A-2012-1461.pdf>

Dans sa disposition transitoire huitième l'on prévoit que l'association des entreprises et l'adhésion des travailleurs indépendants aux Mutuelles d'Accidents de Travail et Maladies Professionnelles de la Sécurité Sociale pour la gestion par celles-ci des prestations et services de la Sécurité Sociale qu'ils ont attribué conformément à ce qui est stipulé dans la Loi Générale de la Sécurité Sociale, maintiendront leur validité jusqu'à l'entrée en vigueur de la norme par laquelle on mettra à jour le régime juridique de ces entités, qui réglera la période de validité et les termes et conditions de l'association et de l'adhésion. De même, cette prévision sera d'application aux associations et adhésions qui soient legalisées à partir du 1^{er} janvier 2013.

On établit la possibilité que pendant cette période transitoire les employeurs associés et les travailleurs qui sont adhérents puissent résoudre à l'avance leur lien à la Mutuelle en deux cas :

- L'existence d'irrégularités dans la distribution des prestations et services publics dûs.
- L'insuffisance financière de l'entité ou l'adoption des mesures conservatoires aux termes établis dans la Loi Générale de la Sécurité Sociale.

On dispose que les termes pour procéder à la résiliation de l'association ou de l'adhésion, ou la procédure pour la réaliser, seront déterminés moyennant les correspondantes dispositions réglementaires qui soient promulguées du Ministère de l'Emploi et de la Sécurité Sociale.

Par ailleurs, cette loi abroge les prévisions sur l'adoption des mesures réglementaires nécessaire pour solder dans le bilan patrimonial de la Sécurité Sociale les prêts octroyés par l'État pour compenser les insuffisances de financement de l'Institut National de la Santé (INSALUD).

En ce qui concerne le champ d'application du système de la Sécurité Sociale réglemente deux questions concernant les fonctionnaires publics.

La première consiste à la régularisation de classements indûs dans le secteur public. L'effet basique fondamentalement est la déclaration que les services prêtés et les cotisations effectuées conformément aux normes du régime dont le classement soit déclaré indû sont calculés par le régime qui doit reconnaître la pension, tout en évitant de cette façon les effets négatifs qui avaient lieu lorsqu'au moment d'avoir l'âge de la retraite et demander la pension on donnait la paradoxe qu'on avait été en cotisant à un régime qui ne correspondait pas, sans qu'on trouvait solution à cette problématique avec l'application des règles sur inscriptions indues et/ou de la coordination des régimes de la Sécurité Sociale et calcul réciproque des cotisations.

La deuxième des questions, est celle concernant le classement du personnel qui prête des services dans le Centre National d'Intelligence, dont le statut prévoit que le personnel qui prête des Services dans cet Organisme, quelle que soit son origine, sera soumis à un même et seul statut de personnel, pour

l'adapter aux modifications intégrées en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, en ce qui concerne les mécanismes de couverture sociale applicables aux collectifs de fonctionnaires publics, qui impliquent l'intégration de ceux qui ont entré dans la fonction publique, à partir de cette date, dans le Régime Général de la Sécurité Sociale.

De même, on repousse dans un an la reconnaissance de la possibilité aux effets de cotisation et d'action protectrice de la Sécurité Sociale du développement de l'activité indépendante d'une façon partielle, de sorte similaire aux travailleurs salariés, engagés sous la modalité du contrat partiel. On repousse jusqu'au 1^{er} janvier 2014.

Dans l'exercice de 2013 on conclut le processus de réforme financière du système de la Sécurité sociale (séparation de sources de financement), dont le but consiste à adapter la couverture financière des prestations de la Sécurité Sociale à leur nature, de sorte que, tout en suivant les orientations du Pacte de Tolède, les prestations contributives seraient financées fondamentalement à travers les cotisations sociales payées par les employeurs et les travailleurs, et celle de nature non contributive passeraient à être financées à travers l'imposition générale, moyennant des transferts du Budget Général de l'État au Budget de la Sécurité Sociale, en restant délimité la nature des unes et des autres dans la Loi Générale de la Sécurité Sociale. Ce processus a été avancé d'un an au délai prévu initialement pour l'année 2014.

De même, on fixe les bases et taux de cotisation à la Sécurité Sociale, Chômage, Fonds de Garantie Salariale et Formation Professionnelle.

On établit les règles de cotisation pour les travailleurs agraires intégrés dans les Systèmes Spéciaux établis pour ces travailleurs dans le Régime Général et dans le Régime Spécial des Travailleurs Indépendants, ainsi que dans le Système Spécial d'Employés de Maison du Régime Général.

On modifie le tarif de primes établi pour la cotisation à la Sécurité Sociale des employeurs, quel que soit le régime de classement et, le cas échéant, des travailleurs indépendants compris dans les Régimes Spéciaux des Travailleurs de Mer et de Travailleurs Indépendants, pour les éventualités d'accidents de travail et maladies professionnelles.

En ce qui concerne les Mutuelles d'Accidents de Travail et Maladies Professionnelles de la Sécurité Sociale on recueille dans cette norme, en suivant le précédent d'exercices précédents, certaines limitations dans les dépenses d'administration, celles concernant les rémunérations du personnel qui prête leurs services dans les Mutuelles seront soumis aux mêmes limitations que les rémunérations du secteur public.

En ce qui concerne les ristournes et réductions dans les cotisations sociales cette Loi maintient la réduction de cotisations dans les cas de changement de poste de travail pour risque pendant la grossesse, allaitement naturel ou maladie professionnelle ou la réduction de cotisations dans le Régime Spécial des Travailleurs Indépendants en certaines situations et établit, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2013 et aux termes qui soient établis réglementairement, des ristournes dans les cotisations correspondantes au personnel de recherche

qui, à titre exclusif, s'occupe d'activités de recherche et développement et innovation technologique.

Cette ristourne sera d'application tant dans les contrats à durée indéterminée qu'en cas d'engagement temporaire, aux termes qui soient fixés réglementairement.

En ce qui concerne l'ajournement dans le paiement des cotisations on modifie la rédaction de l'article 20.5 de la Loi Générale de la Sécurité Sociale, tout en faisant monter le prix de la réglementation de l'intérêt applicable, de sorte qu'avec caractère général l'intérêt moratoire applicable est le 5% et non l'intérêt légal de l'argent fixé au 4%. Par ailleurs, lorsqu'il s'agit d'ajournements où l'on aurait obligation de constituer des garanties, on applique l'intérêt moratoire, comme jusqu'à maintenant, mais augmenté en 2 points.

De même, en suivant le précédent des exercices 2009, 2010, 2011 et 2012 afin de compenser à la Sécurité Sociale des coûts économiques provoqués par l'anticipation dans l'accès à la pension de retraite des pompiers, tout le collectif reste soumis à une cotisation additionnelle sur la base de cotisation pour éventualités communes, tant pour les entreprises que pour le travailleur. Pour l'exercice 2013, le taux de cotisation additionnel est fixé au 7,30%, duquel le 6,09% est à la charge de l'entreprise et le 1,25% du travailleur. Une situation similaire à celle des membres du Corps de la Police Basque ou Ertzaintza, qui pour l'année 2013 reste fixé au taux de cotisation additionnel le 6,80%, duquel le 5,67% sera à la charge de l'entreprise et le 1,13% à la charge du travailleur.

De la même façon on établit les montants maximums et minimums des pensions, tout en déterminant que le montant des pensions qui peuvent être augmentées, ne pourra pas impliquer pour celles-ci, une fois revalorisées, une valeur intégrale annuelle supérieure à 35.673.68 euros.

Par ailleurs, dans ces cas où un même titulaire perçoit deux ou plus pensions publiques, la Somme du montant annuel intégral de toutes elles, une fois revalorisées celles qui auraient lieu, ne pourra pas dépasser la limite maximale à laquelle fait référence le paragraphe précédent. Si ce montant serait dépassé, sera diminué proportionnellement au montant de la revalorisation, jusqu'à absorber l'excès sur cette limite.

Aux termes que réglementairement soient déterminés, auront droit à percevoir les compléments économiques nécessaires pour atteindre le montant minimum des pensions, les pensionnés du système de la Sécurité Sociale dans sa modalité contributive, qui ne perçoivent pas des revenus de capital ou travail personnel ou qui, en les percevant, ne dépassent pas 7.063,07 euros par an. En ce qui concerne les pensions causées à partir du 1^{er} janvier 2013, pour l'accès aux compléments à minimums il faut résider sur territoire espagnol.

À partir du 1^{er} janvier de l'année 2013, le montant des pensions de l'éteinte Assurance Obligatoire de Vieillesse et Invalidité (SOVI), non concomitante avec d'autres pensions publiques reste fixé en calcul annuel, en 5.595,80 euros. Les pensions de vieillesse ou invalidité de cette éteinte Assurance sont compatibles avec les pensions de veuvage de quelque des régimes du Système de la

Sécurité sociale, ou avec quelques de ces pensions et, en outre, avec toute autre pension publique de veuvage avec les limites établies.

Par ailleurs, tout en prenant en considération l'évolution de l'Indice des Prix à la Consommation, pour ne pas être applicable dans l'année 2013, la prévision comprise traditionnellement dans les lois de budgets précédents concernant le maintien du pouvoir d'achat des pensions.

On établit le montant de l'indicateur public des revenus d'effets multiples (IPREM), qui aura les suivants montants pendant l'année 2013 :

- a) L'IPREM par jour, 17,75 euros.
- b) L'IPREM mensuel, 532,51 euros.
- c) L'IPREM annuel, 6390,13 euros.
- d) Dans les cas où la référence au salaire minimum interprofessionnel a été remplacée par la référence à l'IPREM en application de ce qui est établi dans le Décret-loi Royal 3/2004, du 25 juin, le montant annuel de l'IPREM sera de 7.455,14 euros lorsque les correspondantes normes concernent le salaire minimum interprofessionnel en calcul annuel, sauf qu'expressément excluraient les doubles payes ; en ce cas, le montant sera de 6.390,13 euros.

En ce qui concerne l'incapacité temporaire, on recueille certains aspects qui devront suivre les conventions de collaboration qui puissent être souscrites entre les Entités de Gestion de la Sécurité Sociale et les Communautés Autonomes pour leur contrôle et suivi, comme sont: la possibilité d'avancer jusqu'au 100% du montant total du montant prévu pour le financement des actions à développer par les Communautés Autonomes; et l'exigence de l'adoption, à titre préalable à la légalisation des Conventions pour part du Conseil des Ministres.

On modifie l'article 128.1 a) de la Loi Générale de la Sécurité Sociale, deuxième incise, tout en établissant que l'Institut National de la Sécurité Sociale sera le seul compétent pour délivrer un nouveau congé maladie dans la situation d'incapacité temporaire, lorsque celui-là aurait lieu dans un délai de 180 jours naturels postérieurs à la déclaration du médecin traitant de l'aptitude de l'employé au travail pour la même ou similaire pathologie, aux effets prévus légalement.

La Loi du Budget de l'État pour l'exercice 2013, introduit une nouvelle modification du tarif de primes de cotisation à la Sécurité Sociale pour éventualités professionnelles.

La cotisation à la Sécurité Sociale des employeurs, quel que soit le régime de classement et, le cas échéant, des travailleurs indépendants compris dans le Régime Spécial des Travailleurs Indépendants et dans le Régime Spécial des Travailleurs de Mer, par les éventualités d'accidents de travail et maladies professionnelles est effectuée en fonction de la correspondante activité économique, occupation ou situation, moyennant l'application du correspondant tarif.

Pour l'application du tarif, on doit prendre en considération les suivantes règles :

- a) Dans les périodes de congé pour IT et d'autres situations avec suspension de la relation du travail avec obligation de cotiser, on maintient le taux de cotisation correspondant à la respective activité économique ou occupation.
 - b) Pour la détermination du taux de cotisation on prend comme référence ce qui est prévu dans le Tableau I du tarif, afin d'identifier le taux assigné dans celui-ci en raison de l'activité économique principale développée par l'entreprise ou par le travailleur indépendant, conformément à la CNAE-2009, et aux codes qui sont compris dans celle-ci concernant l'activité.
 - c) Lorsque l'occupation exercée par le travailleur salarié ou la situation où celui-ci se trouve, correspond à quelqu'une des occupations énumérées dans le Tableau II du tarif, le taux de cotisation applicable est celui prévu dans ce Tableau pour l'occupation ou situation qu'il s'agit, en tant que celle-ci diffère de celui correspondant en raison de l'activité de l'entreprise.
 - d) La détermination du taux de cotisation applicable est effectuée par la Trésorerie Générale de la Sécurité Sociale en fonction de l'activité économique déclarée par l'entreprise ou par le travailleur indépendant ou, le cas échéant, par les occupations ou situations des travailleurs, indépendamment que, pour la légalisation de la protection face aux éventualités professionnelles, on aurait opté en faveur d'une entité de gestion de la Sécurité Sociale ou d'une entité collaboratrice de celle-ci.
- Décret-loi Royal 29/2012, du 28 décembre, d'amélioration de gestion et protection sociale dans le Système Spécial pour les Employés de Maison et d'autres mesures de caractère économique (Journal Officiel de l'État du 31 décembre 2012. Correction d'erreurs Journal Officiel de l'État du 29 janvier 2013).
- <http://www.boe.es/boe/dias/2012/12/31/pdfs/BOE-A-2012-15764.pdf>
<http://www.boe.es/boe/dias/2013/01/29/pdfs/BOE-A-2013-832.pdf>

Ce Décret-loi établit une sorte de mesures dans le domaine du Système Spécial pour les Employés de Maison qui touchent diverses dispositions de rang légal et réglementaire où l'on réglemente le classement, la cotisation et le recouvrement dans ce système spécial.

Entre les réformes intégrées dans les règlements généraux indiqués il faut souligner notamment la considération comme sujets responsables de l'accomplissement des obligations en matière d'affiliation, inscriptions, exclusions et variations des données, ainsi que de cotisation et recouvrement, à certains employés de maison compris dans le système spécial, dans le cas que leurs services soient prêtés pendant un temps inférieur à 60 heures par mois par foyer familial et ainsi soit accordé avec leurs respectifs employeurs, afin d'accélérer et faciliter la réalisation de ces actions lorsque les tâches domestiques soient effectuées pendant un faible nombre d'heures.

La documentation correspondante à ces actions en matière de classement devra être signée, en tout cas, par les titulaires du foyer familial, qui pourront

demander aussi les exclusions de leurs employés en cas d'extinction de la relation du travail.

De même, lorsque l'on aurait été accordé avec les employeurs, ces employés de maison passeront à être les responsables de la liquidation et dépôt de la totalité de la cotisation correspondante à ceux-ci, tant des contributions propres que de celles concernant les employeurs auxquels ils prêtent leurs services, au moment de les payer leur rémunération, la partie de la cotisation qui correspond à la contribution patronale, en étant responsables subsidiaires du dépôt de la cotisation patronale en cas de manquement du paiement de la cotisation, sauf qu'ils justifient le paiement de leur contribution devant la Trésorerie Générale de la Sécurité Sociale.

À son tour, on permet aussi l'application du nouveau régime d'accomplissement d'obligations en matière de Sécurité Sociale aux employés de maison qui prêtent leurs services pendant moins de 60 heures par mois et qui figurent déjà inscrits au Régime Général de la Sécurité Sociale à la date de l'entrée en vigueur de cette mesure.

Par ailleurs, cette norme introduit des changements dans la réglementation du Système Spécial des Travailleurs Agraires Salariés et Indépendants.

En ce qui concerne les travailleurs agraires Indépendants la norme qui régit leur inclusion dans le Système Spécial établi dans le Régime Spécial des Travailleurs Indépendants (Loi 18/2007), détermine que pour que les travailleurs indépendants plus âgés de 18 ans soient considérés compris dans celui-ci doivent remplir des conditions concernant les rendements de l'activité agricole.

Pour déterminer leur accomplissement, la norme établissait qu'on pourrait prendre en considération la moyenne simple des revenus totaux et des rendements annuels nets des trois exercices économiques immédiatement précédents à l'exercice où l'on effectue sa constatation. Bien, la nouveauté introduite consiste à prolonger de trois à six les exercices économiques, tout en assouplissant, par conséquent, la justification de ces conditions.

En ce qui concerne le Système Spécial pour les Travailleurs Salariés Agraires compris dans le Régime Général, la norme régulatrice de celui-ci (Loi 28/2011), établit l'obligation de cotiser tant pendant les périodes d'activité pour la réalisation de tâches agricoles, que pendant les périodes d'inactivité de celles-ci, tout en précisant, pour être compris pendant ces périodes d'inactivité, que le travailleur aurait effectué un minimum de trente journées réelles dans une période volontaire de 365 jours.

Le changement qu'introduit cette norme est donné par le caractère volontaire de permanence dans le Système pendant ces périodes d'inactivité, de sorte que la réalisation du mentionné minimum de journées réelles n'impliquera la permanence obligatoire dans celui-ci, tout en devant demander expressément pour le travailleur, pour ce qui celui-ci disposera d'un délai de trois mois naturels à compter depuis la réalisation de la dernière journée réelle effectuée.

De même, on élimine l'un des cas d'exclusion, pour ceux qui à la date de l'intégration dans ce Système Spécial (1-1-2012) venaient du Régime Spécial

Agraire. Ce cas déterminait que lorsque le travailleur n'effectuerait pas aucune journée réelle pendant une période supérieure à six mois naturels aurait lieu l'exclusion du Régime Général, en éliminant, seulement c'est cause d'exclusion ne pas déposer les cotisations correspondantes aux périodes d'inactivité.

Dans ce Décret-loi Royal on établit une sorte de mesures dans le domaine du système spécial pour les employés de maison qui touchent diverses dispositions de rang légal et réglementaire où l'on régleme le classement, la cotisation et le recouvrement en ce système spécial.

En ce qui concerne les assiettes de cotisation on remarque le nombre de tranches de cotisation pour déterminer les assiettes de cotisation en ce système spécial, qui passent de 16 à être 8. Pour l'exercice 2013, le taux de cotisation est fixé au 22,90%, en étant le 19,05% à la charge de l'employeur et le 3,85% à la charge de l'employé.

En ce qui concerne la cotisation pour éventualités professionnelles, on applique les taux visés au tarif de primes en vigueur pour le Régime Général de la Sécurité Sociale tout en étant la cotisation résultante à la charge exclusive de l'employeur.

On prévoit pour cet exercice (2013) l'application d'une réduction du 20% à la cotisation pour éventualités communes, à la charge de l'employeur et perçue par l'engagement des personnes qui prêtent des services dans le foyer familial, et qui sont intégrées dans le système spécial.

Cette réduction de cotisation en faveur des employeurs de maison ne résulte pas d'application dans le cas où les employés de maison qui prêtent services pendant moins de 60 heures par mois pour employeur assument l'accomplissement des obligations en matière de classement, cotisation et recouvrement dans ce système spécial.

En ce qui concerne les compléments à minimums dans les pensions, ce Décret-loi Royal complète la réglementation de la Loi Générale de la Sécurité Sociale et ce qui est établi dans la Loi du Budget de l'État pour l'année 2013, en ce qui concerne la justification de certaines conditions qui font dépendre l'accès à ces compléments ou le maintien de leur perception, tout en établissant la limite pour les percevoir en 7.063,07 euros par an.

Entre les mesures qui sont comprises dans cette norme l'on envisage la suspension d'application de l'accès anticipé à la pension de retraite, tant dans la modalité d'accès de la situation de crise de l'entreprises, que dans l'accès volontaire, aux termes prévus dans la Loi 27/2011, du 1^{er} août, sur mise à jour, adaptation et modernisation du système de la Sécurité Sociale (désormais LAAM).

Par conséquent, continue à être en vigueur pendant le premier trimestre de l'année 013 la législation en vigueur à 31 décembre 2012 et, en conséquence, n'on permet pas l'accès anticipé à la retraite, d'une situation de caractère volontaire de l'intéressé. On suspend aussi, pour la même période, étant donné la suspension de la nouvelle réglementation de la retraite anticipée, l'application du taux de réduction du 0,25% pour chacun des trimestres d'anticipation sur l'âge de l'accès ordinaire, dans les cas de retraite anticipée, lorsque le montant

de la pension, une fois appliqués les taux de réduction correspondants, égale ou dépasse le montant de la limite maximale de perception de pension publique.

De même, on suspend pendant le premier trimestre de l'année 2013, en étant liés d'une façon indirecte à la réglementation des retraites anticipées qui sont suspendues, les dispositions de la LAAM par lesquelles on établissait des mandats au Gouvernement pour l'élaboration des suivantes études: les études actuarielles dans les taux de réduction de la pension dans la retraite anticipée et de prolongation par retard de l'âge de la retraite; les études pertinentes sur la possibilité que ceux qui se trouvent en cessation d'activité de travailleurs indépendants puissent accéder à la retraite anticipée aux 61 ans et l'étude concernant le système spécifique de retraite partielle aux 62 ans pour les travailleurs indépendants qui cessent dans leur affaire ou le cèdent à une autre personne à laquelle doivent former.

En ce qui concerne la retraite partielle, on suspend aussi ce qui est stipulé dans la LAAM pendant le premier trimestre de 2013, tout en appliquant la législation en vigueur le 31 décembre 2012, avec la seule exception que, aux effets de la durée du contrat du travailleur de relais, on considère comme l'âge d'accès ordinaire à la pension de la retraite celui de 67 ans, bien qu'avec l'application progressive prévue dans la disposition transitoire vingtième de la Loi Générale de la Sécurité Sociale.

Par ailleurs, cette norme conformément à la Loi 17/2012, du 27 décembre, du Budget de l'État pour l'année 2013, en ce qui concerne le Décret-loi Royal 28/2012, du 30 novembre, de mesures de consolidation et garantie du système, établit que les pensions payées par le système de la Sécurité Sociale, seront augmentées dans l'exercice de 2013 un 1%, tout en prenant comme référence le montant légalement établi à 31 décembre 2012.

Néanmoins, les pensions dont le montant ne dépasse pas 1.000 euros par mois ou 14.000 euros en calcul annuel, seront augmentées un 2%.

De même, les pensions dont le montant soit compris entre 1.000,01 euros par mois ou 14.000,01 annuels et 1009,90 par mois ou 14.138,60 euros annuels, seront augmentés au montant nécessaire pour que la pension résultante applicable atteigne le montant de 1.020,00 euros par mois ou 14.280, 00 euros annuels.

Par ailleurs, on établit la limite des revenus en 7.063,07 euros pour percevoir les compléments à minimums.

Cette norme comprend comme annexe un tableau mis à jour des montants de certaines pensions et prestations applicables en 2013.

TABLEAU DES MONTANTS MINIMUMS DES PENSIONS DE LA MODALITÉ CONTRIBUTIVE POUR L'ANNÉE 2013

TYPE DE PENSÍÓN	TITULAIRES		
	Avec conjoint à charge €/an	Sans conjoint : Unité Économique unipersonnelle €/an	Avec conjoint non à charge €/an
<u>Retraite</u>			
Titulaire avec 65 ans	10.904,60	8.838,20	8.383,20
Titulaire de moins de 65 ans	10.220,00	8.267,00	7.812,00
Titulaire de 65 ans provenant de Grande Invalidité	16.357,60	13.258,00	12.574,80
<u>Incapacité permanente</u>			
Grande Invalidité.....	16.357,60	13.258,00	12.547,80
Absolue.....	10.904,60	8.838,20	8.383,20
Total : Titulaire de 65 ans	10.904,60	8.838,20	8.383,20
Total : Titulaire avec un âge compris entre 60 ans et 64 ans	10.220,00	8.267,00	7.812,00
Total : Découlant de maladie commune de moins de 60 ans	5.496,40	5.496,40	55% BMCRG (4.968,60)
Partielle du régime d'accident de travail :			
Titulaire de 65 ans	10.904,60	8.838,20	8.383,20
<u>Veuvage</u>			
Titulaire avec charges familiales		10.220,00	

TYPE DE PENSIÓN	TITULAIRES		
	Avec conjoint à charge €/an	Sans conjoint : Unité Économique unipersonnelle €/an	Avec conjoint non à charge €/an
Titulaire de 65 ans ou avec incapacité en degré égal ou supérieur à 65%		8.838,20	
Titulaire avec un âge entre 60 et 64 ans		8.267,00	
Titulaire avec moins de 60 ans ...		6.690,60	
<u>Pension pour orphelin</u>			
Par bénéficiaire			2.699,20
Par bénéficiaire incapacité de moins de 18 ans avec un handicap en degré égal ou supérieur à 65%			5.311,60
Dans la pension pour orphelin absolue le minimum sera augmenté en 6.228,60 euros par an distribués, le cas échéant, entre les bénéficiaires			
En faveur des familles:			

TYPE DE PENSIÓN	TITULAIRES		
	Avec conjoint à charge €/an	Sans conjoint : Unité Économique unipersonnelle €/an	Avec conjoint non à charge €/an
Par bénéficiaire			2.699,20
S'il n'y a pas ni veuf ni orphelin pensionnés:			
Un seul bénéficiaire avec 65 ans			6.525,40
Un seul bénéficiaire de moins de 65 ans			6.146,00
Plusieurs bénéficiaires: Le minimum assigné à chacun des bénéficiaires sera augmenté au montant résultant de partager au prorata 3.991,40 euros par an entre le nombre de bénéficiaires.			

- Décret Royal 1716/2012, du 28 décembre, de développement des dispositions établies en matière de prestations par la Loi 27/2011, du 1^{er} août, sur mise à jour, adaptation et modernisation du système de la Sécurité Sociale (Journal Officiel de l'État du 31 décembre 2012).

<http://www.boe.es/boe/dias/2012/12/31/pdfs/BOE-A-2012-15765.pdf>

L'ordre juridique de la Sécurité Sociale prévoit que les bénéficiaires de pensions de la Sécurité Sociale, dans sa modalité contributive, qui ne perçoivent pas des revenus de capital ou travail personnel ou qui, en les touchant, ne dépassent pas le montant qu'annuellement établit la correspondante Loi du Budget de l'État, ont droit à percevoir les compléments nécessaires pour atteindre le montant minimum des pensions, aux termes que légal ou réglementairement soient déterminés.

Dans ce Décret Royal 1716/2012 on développe les prévisions légales en ce qui concerne la justification de la condition de résidence sur territoire espagnol,

pour part du percepteur des compléments à minimums des pensions contributives.

En ce qui concerne la justification de la résidence sur territoire espagnol (qui touche les compléments à minimums qui sont causés à partir le 1^{er} 2013) s'appliquent les prévisions du Décret Royal 523/2006, du 28 avril, de sorte qu'on ne peut pas exiger l'apport du certificat de recensement comme document justificatif du domicile et la résidence, en correspondant à l'Entité de Gestion de vérifier d'office si les données du domicile et la résidence de l'intéressé figurent dans ses archives, bases des données ou d'autres fonds de documentation et, en cas d'inexistence, la constatation des données correspondantes à travers le Système de vérification des données de résidence.

Néanmoins, si l'intéressé ne prête pas son consentement pour que ses données puissent être consultées à travers le système de vérification des données de résidence, doivent être fournies directement par celui-là.

On considère que le bénéficiaire de la pension a sa résidence habituelle sur territoire espagnol à la condition que ses séjours à l'étranger seraient égaux ou inférieurs à 90 jours tout au long de chaque année naturel, ou soient motivés pour causes de maladie du bénéficiaire, dûment justifiées moyennant le correspondant certificat médical.

En conséquence, le droit au complément pour minimums est perdu si le bénéficiaire établit sa résidence hors du territoire espagnol ou il a des séjours hors de celui-ci supérieurs à 90 jours tout au long de chaque année naturelle, sauf qu'il puisse justifier par d'autres moyens que sa résidence habituelle se trouve en Espagne.

Étant donné le caractère périodique et mensuel des pensions, en cas de manquement de la condition de résidence, la perte du droit au complément pour minimums a d'effets à partir du jour 1 du mois suivant à celui-là où a lieu cette circonstance. Dans le cas où, postérieurement à l'extinction, les conditions déterminantes pour sa reconnaissance seraient remplies à nouveau, la réhabilitation de celles-ci doit être précédée de la demande de l'intéressé et la justification des correspondantes conditions pour part de celui-ci.

Aux effets de la constatation des revenus du pensionné, disparaissent les présomptions existantes en exercices précédents de que n'on dépassait pas dans l'exercice courant la limite des revenus si n'on l'avait pas dépassé dans l'année précédente. Face à cela, on considère qu'on accomplit la condition de mineurs revenus lorsque l'intéressé manifeste qu'il va percevoir rendement en montant égal ou inférieur à la limite des revenus, bien que les Entités de Gestion de la Sécurité Sociale puissent à tout moment, requérir les percepteurs de compléments pour minimums une déclaration de revenus, ainsi que de leurs biens patrimoniaux et, le cas échéant, l'apport des déclarations d'impôts présentées.

Si le complément pour minimums de la pension est demandé postérieurement à la reconnaissance de celle-ci, le complément a d'effets à partir des trois mois

précédents la date de la demande, à la condition qu'à ce moment-là toutes les conditions pour avoir droit au complément seraient remplies.

Par ailleurs, ce Décret Royal a pour but développer certains aspects de la nouvelle réglementation légale, nécessaires pour faciliter l'application progressive et graduelle des mesures qui doivent être réalisées à partir du 1^{er} janvier 2013, selon ce qui est établi dans la Loi 27/2011, du 1^{er} août, sur mise à jour, adaptation et modernisation du système de la Sécurité Sociale, telles que:

- L'exigence d'une façon progressive et graduelle de l'âge d'accès à la pension de la retraite.
- La modification progressive du système de calcul de l'assiette régulatrice, avec une spéciale attention aux personnes qui ont été obligées à abandonner leur vie professionnelle à un âge proche de la retraite.
- L'établissement de nouveaux pourcentages applicables à l'assiette régulatrice pour déterminer le montant de la pension.
- La variation des pourcentages de prolongation de la vie professionnelle active.
- Enfin, l'établissement de nouveaux taux de réduction du montant de la pension de la retraite.

En ce qui concerne le calcul des périodes de cotisation est effectué tout en prenant en considération que:

- Le calcul des mois pour déterminer l'âge ordinaire de la retraite de la période de cotisation passent à être reflétés en jours et, une fois cumulés tous les jours calculables, se transforme en ans et mois, sans qu'on prenne en considération la partie proportionnelle aux doubles payes, en appliquant la formule suivante: l'année acquiert la valeur fixe de 365 jours et le mois acquiert la valeur fixe de 30,41666 jours.
- Le calcul des mois pour déterminer l'âge ordinaire qui correspond sera effectué de date à date à partir de celle correspondante à la naissance. Lorsque dans le mois d'échéance n'aurait pas un jour équivalent au jour initial du calcul, on considérera que l'accomplissement de l'âge a lieu le dernier jour du mois.
- Pour déterminer les périodes de cotisation calculables pour fixer l'âge d'accès à la pension de la retraite, outre les jours effectivement cotisés par l'intéressé, on prendra en considération :
 - Les jours qui soient considérés effectivement cotisés, à la suite des périodes de congé qui jouissent les travailleurs en raison du soin d'enfants ou d'autres membres de famille.
 - Les jours qui soient calculés comme période cotisée à titre d'avantages pour soin d'enfants ou mineurs accueillis.
 - Les périodes de cotisation assimilées pour accouchement qui soient calculées en faveur de la femme travailleuse demandeuse de la pension.

Aux effets d'application des prévisions comprises dans les paragraphes 2, 3 et 4 de la disposition transitoire cinquième de la Loi Générale de la Sécurité Sociale (Normes transitoires sur l'assiette régulatrice de la pension de retraite) pour ceux qui auraient cessé au travail pour cause non imputable à leur libre volonté et, à partir d'avoir 55 ans d'âge et tout au moins pendant 24 mois, auraient subi une réduction des assiettes de cotisation, afin de la détermination de l'assiette régulatrice de la pension de retraite, on prendra en considération ce qui suit:

- a) On requière que la cessation au travail pour cause non imputable à l'intéressé, qui peut avoir lieu avant ou après d'avoir 55 ans d'âge, on entende concernant la relation du travail plus longue de sa carrière de cotisation éteinte après d'avoir 50 ans d'âge.
- b) Il ne faut pas que les 24 mois où aurait eu la réduction des assiettes de cotisation –par rapport à celle justifiée dans le mois immédiatement précédent à celui de l'extinction de la relation du travail- soient consécutifs, mais si doivent tous eux être compris entre la date d'accomplissement de l'âge de 55 ans, ou la date de l'extinction de la relation du travail (si celle-ci est postérieure à l'accomplissement de cet âge), et le mois précédent au mois préalable au fait donnant lieu à la pension de la retraite.
- c) Dans le cas des travailleurs indépendants, en ce qui concerne lesquels aurait passé un an depuis la date où aurait épuisé la prestation pour cessation d'activité, l'application de la teneur de la disposition transitoire cinquième de la Loi Générale de la Sécurité Sociale où l'on recueille les normes transitoires sur l'assiette régulatrice de la pension de retraite, dépend de que la cessation de l'activité aurait eu lieu à l'égard de la dernière activité effectuée préalable au fait donnant lieu à la pension de la retraite.

Dans l'article 3 de cette norme, on établit les prévisions en ce qui concerne le montant de la pension :

- a) Aux effets d'appliquer les pourcentages correspondants pour déterminer le montant de la pension de retraite en fonction des périodes de cotisation justifiées par les demandeurs, ces périodes doivent être reflétées en jours, et une fois cumulées tous les jours calculables, doivent être transformées en ans et mois, tout en utilisant les règles susvisées.
- b) De même, pour l'application des taux de réduction de la pension de retraite par accès anticipé à celle-ci et en fonction des trimestres que dans le moment du fait donnant lieu à la pension restent au travailleur pour avoir l'âge légal de la retraite, le calcul des taux de réduction doit être effectué de date à date, calculés vers l'arrière depuis la date où l'on aurait, pour part du demandeur de la pension, l'âge légal de la retraite.

En suivant certains précédents réglementaires, le Décret Royal 1716/2012 procède à établir la façon de justifier que l'intéressé se trouve dans quelque des cas mentionnés dans la disposition finale douzième de la Loi 27/2011, du 1^{er} août, de la suivante façon :

- a) Les travailleurs touchés, les représentants unitaires et syndicaux ou les entreprises, avant le 1^{er} mars 2013, sont tenus de communiquer et de mettre à disposition de l'Institut National de la Sécurité Sociale copie des dossiers de restructuration de l'emploi, des conventions collectives de tout domaine et/ou accords collectifs d'entreprise, ou des décisions prises en procédures d'apurement collectif adoptées ou prises, selon les cas, avant le 2 août 2011, où l'on envisage l'extinction de la relation professionnelle ou la suspension de celle-ci, indépendamment que l'extinction de la relation du travail aurait eu lieu précédemment ou postérieurement au 1^{er} janvier 2013.

Cette même obligation, et dans le même délai, retombe sur les travailleurs touchés, les représentants unitaires et syndicaux ou les entreprises, en ce qui concerne les plans de retraite partielle, recueillis dans conventions collectives de tout domaine ou accords collectifs d'entreprises, souscrites avant le 2 août 2011, indépendamment que l'accès à la retraite partielle aurait eu lieu à l'avance ou postérieurement au 1^{er} janvier 2013.

- b) Si le plan de restructuration de l'emploi, la convention de l'accord collectif ou la décision prise dans la procédure d'apurement collectif, touche un domaine territorial supérieur à une province, la communication doit être effectuée dans la province où l'entreprise ait son siège principal.
- c) Dans le cas des conventions collectives ou accords collectifs d'entreprise, avec la copie de ceux-ci on doit accompagner l'écrit où l'on figure le domaine temporaire de validité de la convention ou de l'accord, le domaine territorial d'application, si ceux-ci ne seraient recueillis déjà dans les conventions ou accords mentionnés, et les codes de compte de cotisation touchés par la convention ou accord.
- d) Avant le 1^{er} avril 2013, les directions provinciales doivent envoyer à la Direction Générale de l'Institut National de la Sécurité Sociale une liste nominative des entreprises où l'on aurait souscrit ces conventions ou accords, ainsi que l'information concernant les dossiers de restructuration de l'emploi et les décisions prises en procédures d'apurement collectif, pour que, moyennant résolution de celle-là, on élabore une liste des dossiers, conventions collectives de tout domaine ou accords collectifs d'entreprise, ou décisions prises en procédures d'apurement collectif, où soient d'application les prévisions de la disposition finale douzième de la LAAM.
- e) Si les sujets obligés n'effectuent pas les communications mentionnées et les Entités de Gestion de la Sécurité Sociale ont connaissance par autre voie du concours des conditions prévues dans la disposition finale douzième de la Loi 27/2011, du 1^{er} août, doit procéder à appliquer au demandeur de la pension de retraite, lorsqu'on ait droit à celle-ci, la législation précédente à cette Loi.
- Arrêté ESS/56/2013, du 28 janvier, en vertu duquel on développe les normes légales de cotisation à la Sécurité Sociale, chômage, protection pour cessation d'activité, Fonds de Garantie salariale et Formation Professionnelle, comprises dans la Loi 17/2012, du 27 décembre, du Budget Général de l'État pour l'année 2013 (Journal Officiel de l'État du 29 janvier 2013. Correction d'erreurs Journal

Officiel de l'État du 7 février 2013. Correction d'erreurs Journal Officiel de l'État du 4 mars 2013).

<http://www.boe.es/boe/dias/2013/01/29/pdfs/BOE-A-2013-835.pdf>

<http://www.boe.es/boe/dias/2013/02/07/pdfs/BOE-A-2013-1274.pdf>

<http://www.boe.es/boe/dias/2013/03/04/pdfs/BOE-A-2013-2343.pdf>

Moyennant cet Arrêté on développe les prévisions légales en matière de cotisations sociales pour l'exercice 2013, conformément à ce qui est stipulé dans la Loi 17/2012, du 27 décembre, du Budget Général de l'État pour l'année 2013.

En observant les critères établis dans cette Loi du Budget de l'État on modifie les plafonds maximums et minimums de cotisation au Régime Général de la Sécurité Sociale. Le plafond maximum est fixé, à partir du 1^{er} janvier 2013, en 3.425,70 euros. Le plafond minimum est établi à partir de cette date sera équivalent au salaire minimum interprofessionnel en vigueur en chaque moment, augmenté par le partage au prorata des perceptions d'échéance supérieure au mois qui perçoit le travailleur, sans qu'on puisse être inférieur à 753 euros par mois.

La base maximale de cotisation au Régime Général de la Sécurité Sociale est fixée en 3.425,70 euros par mois ou 114,19 euros par jour. La base minimale pour l'année 2013 a subi la même variation par rapport à l'année 2012 que celle qui a eu le salaire minimum interprofessionnel, c'est-à-dire, 0,6%.

Les taux de cotisation au Régime Général de la Sécurité Sociale pour l'année 2010 sont maintenus dans les montants de l'année 2012, c'est-à-dire, le 28,3%, duquel le 23,6% sera à la charge de l'entreprise et le 4,7% à la charge du travailleur.

De même, on maintient les taux appliqués par les rémunérations perçues en fonction de la réalisation d'heures supplémentaires, tout en différenciant entre heures supplémentaires motivées pour forcé majeure où l'on applique le 14% à la charge de l'employeur et le 2% à la charge du travailleur et le heures supplémentaires qui n'ont pas ce caractère où l'on applique le taux de cotisation général.

Pour les éventualités d'accidents de travail et maladies professionnelles seront appliqués les taux du tarif de primes établi dans la disposition additionnelle quatrième de la Loi 42/2006, du 28 décembre, du Budget Général de l'État pour l'année 2007, dans la rédaction donnée par la disposition finale dix-septième de la mentionnée Loi 17/2012, du 27 décembre.

On établit la cotisation dans les cas de contrat à temps partiel et d'autres cas spécifiques.

On fixe également, les bases et taux de cotisation spécifiques pour les différents Régimes Spéciaux qui intègrent le système de la Sécurité Sociale.

Enfin, on établit les taux applicables pour la cotisation à la Sécurité Sociale en d'autres cas spécifiques, comme sont ceux de Convention Spéciale, collaboration dans la gestion ou l'exclusion de quelque éventualité.

- Arrêté ESS/66/2013, du 28 janvier, en vertu duquel on met à jour les montants à forfait des indemnités pour lésions, mutilations et difformités de caractère définitif et non invalidantes. (Journal Officiel de l'État du 30 janvier 2013. Correction d'erreurs Journal Officiel de l'État du 22 février 2013).
<http://www.boe.es/boe/dias/2013/01/30/pdfs/BOE-A-2013-892.pdf>
<http://boe.es/boe/dias/2013/02/22/pdfs/BOE-A-2013-1968.pdf>
- Décret-loi Royal 4/2013, du 22 février, de mesures d'appui à la personne entreprenante et d'incitation à la croissance et à la création d'emploi (Journal Officiel de l'État du 23 février 2013. Correction d'erreurs 28 février 2013).
<http://www.boe.es/boe/dias/2013/02/23/pdfs/BOE-A-2013-2030.pdf>
<http://www.boe.es/boe/dias/2013/02/28/pdfs/BOE-A-2013-2206.pdf>

À travers la modification de la Loi Générale de la Sécurité Sociale (disposition additionnelle trente-cinquième) et alternativement au système prévu de ristournes et réductions applicables aux travailleurs indépendants mineurs de 30 ans -35 ans si sont des femmes- (réduction du 30% pendant les 15 mois immédiatement suivant à la date d'effets de l'inscription, et ristourne d'égal montant dans les 15 mois suivants à la fin de la période de réduction), l'on établit la possibilité d'appliquer réductions et ristournes sur la cotisation pour éventualités communes aux termes et conditions suivantes:

- Bénéficiaires:
 - Travailleurs indépendants mineurs de 30 ans (hommes et femmes).
 - Que les travailleurs soient inscrits initialement ou qu'ils n'auraient pas été inscrits au Régime Spécial des Travailleurs Indépendants ou au Régime Spécial des Travailleurs de Mer- (y compris les membres travailleurs de Coopératives de Travail Associé classés dans ces Régimes, dans les 5 ans immédiatement précédents, à compter depuis la date d'effets d'inscription).

Les travailleurs indépendants qui emploient des travailleurs salariés sont exclus de l'application de cette mesure.

- Montant:
 - Réduction du 80% de la cotisation pendant les 6 mois immédiatement suivants à la date d'effets de l'inscription.
 - Réduction équivalente au 50% de la cotisation pendant les 6 mois suivants à la période mentionnée dans le point précédent.
 - Réduction équivalente au 30% de la cotisation pendant les 3 mois suivants à la période mentionnée dans le point précédent.

- Ristourne équivalente au 30% de la cotisation dans les 15 mois suivants à la fin de la période de réduction.

Les réductions et ristournes seront appliquées sur la cotisation pour éventualités communes, y compris l'incapacité temporaire (IT), résultante d'appliquer à la base minimale le taux minimum de cotisation en vigueur à tout moment. Tant dans ce cas que dans tous les cas visés à cette norme, les employeurs appliqueront les réductions et ristournes avec caractère automatique dans les correspondants documents de cotisation.

- Période : un maximum de 30 mois. On doit prendre en considération que la possibilité d'option par ce nouveau système de réductions et ristournes en ce qui concerne celles établies déjà précédemment est limitée par le délai qu'on vient de mentionner. De sorte que le calcul total de celles-là ne pourra pas dépasser les 30 mois.

Dans la même ligne, mais maintenant en ce qui concerne les personnes handicapées qui soient établies comme travailleurs indépendants, et à travers la modification de la Loi 45/2002 (disposition additionnelle onzième) où l'on envisageait déjà pour ce collectif une ristourne, pendant les 5 ans suivants l'inscription, du 50% de la cotisation résultante d'appliquer à la base minimale le taux en vigueur à tout moment, on introduit maintenant un nouveau avantage dans la cotisation aux termes suivants:

- Bénéficiaires:
 - Travailleurs indépendants, handicapés en degré égal ou supérieur au 33% mineurs de 35 ans.
 - Que ces travailleurs soient inscrits initialement ou n'auraient pas été inscrits dans les 5 ans immédiatement précédents, à compter depuis la date d'effets de l'inscription, au Régime Spécial de Travailleurs Indépendants ou au Régime Spécial des Travailleurs de Mer (y compris les membres travailleurs de Coopératives de Travail Associés classés dans ces Régimes).

De la même façon que dans le cas précédent, les travailleurs indépendants handicapés qui emploient des travailleurs salariés sont exclus de cette mesure.

- Montant:
 - Réduction du 80% pendant les 12 mois immédiatement suivants à la date d'effets de l'inscription.
 - Ristourne du 50% pendant les 4 ans suivants.

Tant les réductions que les ristournes seront appliquées sur la cotisation pour éventualités communes, y compris l'Incapacité Temporaire, résultant d'appliquer à la base minimale le taux minimum de cotisation en vigueur à chaque moment.

- Période : Un maximum de 5 ans. En ce cas on dit prendre en considération la prévision établie pour ceux qui optent pour ce système en ce sens qu'ils pourront invoquer, postérieurement, le cas échéant, les ristournes prévues par

la Loi 45/2002 mentionnées déjà (50% pendant 5 ans) du moment que le calcul total de celles-ci ne dépassent pas ce délai maximum de 5 ans (60 mois).

- Décret Royal 15672013, du 1^{er} mars, en vertu duquel on réglemente la souscription de convention spéciale par les personnes handicapées qui aient des spéciales difficultés d'insertion professionnelle (Journal Officiel de l'État du 2 mars 2013).

<http://www.boe.es/boe/dias/2013/03/02/pdfs/BOE-A-2013/2309.pdf>

Moyennant ce Décret Royal on procède à réglementer les conditions d'inclusion dans la Sécurité Sociale de ce collectif, à travers l'institut juridique de la convention spéciale, tout en délimitant le domaine d'application de celui-ci et en fixant ses caractéristiques et spécialités en matière de procédures, effets, action protectrice et cotisation.

- Décret-loi Royal 5/2013, du 15 mars, de mesures pour favoriser la continuité de la vie professionnelle des travailleurs plus âgés et promouvoir le vieillissement actif (Journal Officiel de l'État du 16 février 2013).

<http://www.boe.es/boe/dias/2013/03/16/pdfs/BOE-A-2013-2874.pdf>

Cette norme vient à enlever la suspension partielle de la validité de la Loi 27/2001, du 1^{er} août, sur mise à jour, adaptation et modernisation du système de la Sécurité Sociale déterminée par le Décret-loi Royal 29/2012, du 28 décembre, en ce qui concerne la retraite anticipée et la retraite partielle, mais ne conserve pas sa teneur originaire, mais on modifie certains préceptes, en touchant d'une façon substantielle la retraite anticipée et la retraite partielle.

De même, on intègre une nouvelle réglementation de la compatibilité entre la perception de la pension de la retraite et la réalisation d'une activité professionnelle, lorsqu'il s'agit de travailleurs retraités avec longues carrières de cotisation, tout en étendant les cas de compatibilité existants jusqu'au moment et en généralisant les nouvelles règles pour tous les régimes de la Sécurité Sociale.

On pourra compatibiliser la jouissance de la pension de la retraite, dans sa modalité contributive, avec l'exercice de tout travail salarié ou indépendant, qu'il soit à temps complet ou à temps partiel à la condition qu'on accède à l'âge légal, un âge qui doit être réel, sans que, à ces effets, la pension puisse être réduite par l'application de ristournes ou anticipations de l'âge de la retraite en raison de travaux pénibles, dangereux ou toxiques, ou dans les cas de travailleurs handicapés, dans un degré de handicap égal ou supérieur au 45%. De même, on devra justifier une période de cotisation nécessaire pour que l'on applique à la correspondante base régulatrice de la prestation le 100%.

Le montant de la pension de retraite compatible avec le travail sera équivalent au 50% du montant reconnu initialement, une fois appliqué, s'il y a lieu, la limite maximale de pension publique, ou du montant qui on est à percevoir dans le moment de commencement de la compatibilité avec le travail, non compris, en tout cas, le complément pour minimums, quelle que soit la journée du travail ou l'activité qui effectue le pensionné.

Les effets découlant de cette situation et tant qu'on maintient, outre au montant aux termes qui on vient d'indiquer, on traduira en ce qui concerne la revalorisation de pensions en ce qui suit :

- La pension sera revalorisée en entier aux termes établis pour les pensions du système de la Sécurité Sociale. Néanmoins, en tant on maintient le travail compatible, on réduira un 50%.
- Le pensionné n'aura pas droit aux compléments pour pensions inférieures à la pension minimale pendant le temps où le pensionné concilie la pension avec le travail.
- Le bénéficiaire aura la considération de pensionné à tous les effets.
- Une fois terminée la relation du travail salarié ou eu lieu la cessation dans l'activité indépendante l'on rétablira la perception intégrale de la pension de la retraite.

En ce qui concerne la cotisation pendant le travail salarié ou indépendant compatible avec la pension: Tant les employeurs que les travailleurs cotiseront seulement pour incapacité temporaire et par éventualités professionnelles, cotisation à laquelle l'on ajoutera une cotisation spéciale du 8% dénommée "de solidarité" qui ne sera pas prise en considération pour les prestations et qui dans les régimes des travailleurs salariés sera partagée entre employeur et travailleur (6% de l'employeur et 2% du travailleur).

En outre, on doit ajouter les suivantes obligations sur maintien de l'emploi qui, recueillies dans la disposition additionnelle première, devront être prises en considération par les entreprises où l'on concilie la prestation de services avec la jouissance de la pension de la retraite :

- Ne pas avoir pris des décisions d'extinction non fondées dans les six mois précédents la compatibilité pension-travail. La limite touchera seulement les extinctions qui ont eu lieu postérieurement à l'entrée en vigueur de cette norme (17 mars 2013), et pour la couverture de ces postes de travail du même groupe professionnel que ceux touchés par l'extinction.
- Une fois commencée la compatibilité entre pension et travail, l'entreprise devra maintenir, pendant la validité du contrat de travail du pensionné de la retraite, le niveau d'emploi existant dans celle-ci avant son commencement. À cet égard la référence à utiliser à ces effets sera la moyenne quotidienne de travailleurs inscrits dans l'entreprises dans la période des 90 jours précédents la compatibilité, calculé comme le quotient résultant de diviser entre 90 la Somme des travailleurs qui seraient inscrits dans l'entreprise dans les 90 jours immédiatement précédents son commencement.

Les obligations de maintien de l'emploi précédents ne seront pas considérées manquées si le contrat de travail est mis à la fin pour des causes objectives ou pour licenciement disciplinaire lorsque l'un ou l'autre soit déclaré ou reconnu comme recevable, ni les extinctions causées par démission, mort, retraite ou incapacité permanente totale, absolue ou grande invalidité des travailleurs ou pour

l'expiration du temps convenu ou la réalisation du travail ou service objet du contrat.

Le nouveau régime de compatibilités de la pension de la retraite est appliqué aussi, comme l'on a indiqué déjà, au Régime des Retraités et Pensionnés de l'État.

Le Chapitre II modifie la réglementation de la retraite et de la retraite partielle, tout en changeant les prévisions qui conformément à la Loi de la réforme des pensions devraient entrer en vigueur le dernier 1^{er} janvier 2013, et dont l'application a été suspendue par le Décret-loi Royal 29/2012, du 28 décembre, pendant trois mois.

De même, en outre, on introduit des normes transitoires non prévues jusqu'à maintenant pour l'application de la retraite partielle.

Retraite anticipée

On donne une nouvelle rédaction des articles 161 bis (paragraphe 2) et 163 (paragraphe 3 et 4 –ajouté-) de la nouvelle Loi Générale de la Sécurité Sociale (LGSS) qui implique des changements concernant : les conditions d'accès et le montant de la pension.

En ce qui concerne la première question, l'accès à la retraite anticipée pour cause non imputable à la libre volonté du travailleur :

- On modifie l'âge qu'on doit avoir révolu, qui maintenant doit être inférieure en 4 ans, comme maximum, à l'âge légal exigé, 67 ans ou 65 ans lorsqu'on justifie 38 ans et 6 mois de cotisation –article 161.1 a) Loi Générale de la Sécurité Sociale- tout en prenant en considération l'application à ces effets de la période transitoire –disposition transitoire vingtième de la même norme, lorsque jusqu'à ce moment la condition était celle d'avoir 61 ans révolus.
- On doit être inscrits dans les bureaux d'emploi comme demandeurs d'emploi pendant, tout au moins, six mois immédiatement précédents à la date de la demande de la retraite.
- Justifier une période minimale de retraite effective de 33 ans, sans qu'à ces effets on prenne en considération la partie proportionnelle des doubles payes. À ces exclusifs effets, on prendra en considération seulement la période de prestation du service militaire obligatoirement ou de la prestation sociale substitutive avec la limite maximale d'un an.
- Que la cessation au travail doit avoir lieu à la suite d'une situation de restructuration patronale empêchant la continuité de la relation du travail. À ces effets, les causes d'extinction du contrat de travail qui pourront ouvrir droit à cette modalité de retraite anticipée seront les suivantes: les causes économiques, les techniques, celles d'organisation ou de production et l'on spécifie pour les cas de force majeure sa nécessaire vérification pour part de l'autorité du travail, et l'on consigne l'exigence, pour les cas de licenciement collectif ou licenciement objectif de l'article 52 c) du Statut des Travailleurs, de justifier (moyennant document de virement bancaire ou équivalent) avoir perçu l'indemnité correspondante découlant de l'extinction du contrat de travail ou

avoir interjeté demande judiciaire en réclamation de celle-ci ou de contestation de la décision d'extinction pour pouvoir accéder à la retraite anticipée.

En ce qui concerne le contrôle des conditions requises pour l'accès à la retraite anticipée dans cette modalité on doit citer la teneur de la disposition additionnelle quatrième du Décret-loi Royal où l'on charge à l'Inspection du Travail et de la Sécurité Sociale de la collaboration et l'appui à ces effets avec les Entités de Gestion et Services Communs de la Sécurité Sociale.

On modifie les taux de réduction qui, en fonction de la période de cotisation justifiée, sont applicables à la pension pour chacun des trimestres ou fraction de trimestre que, au moment du fait donnant lieu au droit, lui manque au travailleur pour avoir l'âge légal de la retraite qu'en chaque cas soit d'application, tout en établissant la suivante échelle:

<i>Période de cotisation</i>	<i>Coefficient par trimestre</i>
Inférieure à 38 ans et 6 mois	1,875 %
Égale ou supérieure à 38 ans et 6 mois et inférieure à 41 ans et 6 mois	1,750 %
Égale ou supérieure à 41 ans et 6 mois et inférieure à 44 ans et 6 mois	1,625 %
Égale ou supérieure à 44 ans et 6 mois	1,500 %

Pour la deuxième modalité, accès à la retraite anticipé par volonté de l'intéressé, on modifie, de la même façon que dans le cas précédent les conditions d'accès et les taux de réduction :

- L'âge qu'on doit avoir maintenant doit être inférieur en deux ans, au maximum, à l'âge légal exigé, 67 ans, 65 ans ou celui qui procède conformément aux normes transitoires –article 161.1 a) et disposition transitoire vingtième de la Loi Générale de la Sécurité Sociale, lorsque jusqu'à ce moment la condition était avoir 63 ans révolus.
- Justifier un minimum de cotisation effective exigé que de 33 ans passe à 35 ans.
- Les taux de réduction qui, en fonction de la période cotisation justifiée, sont applicables à la pension pour chacun des trimestres ou fraction de trimestre qui, au moment du fait donnant lieu au droit, lui manque au travailleur pour

avoir l'âge légal de la retraite qu'en chaque cas soit d'application, tout en établissant la suivante échelle

<i>Période de cotisation</i>	<i>Coefficient par trimestre</i>
Inférieure à 38 ans et 6 mois	2%
Égale ou supérieure à 38 ans et 6 mois et inférieure à 41 ans et 6 mois	1,875 %
Égale ou supérieure à 41 ans et 6 mois et inférieure à 44 ans et 6 mois	1,750 %
Égale ou supérieure à 44 ans et 6 mois	1,625 %

Retraite partielle (contrat à temps partiel et contrat de relais)

La nouvelle réglementation de la retraite partielle, effectuée à travers la nouvelle rédaction de l'article 166 (paragraphe 1 et 2) de la Loi Générale de la Sécurité Sociale et de l'introduction d'une nouvelle disposition transitoire vingt-deuxième dans ce texte légal, modifie ses conditions, en particulier la réduction de la journée requise et l'âge qui permet l'accès à celle-ci :

Pour les cas d'accès à la retraite partielle sans besoin de conclusion simultanée d'un contrat de relais

- En ce qui concerne l'âge, on effectue un ajustement technique en mentionnant expressément l'application progressive de l'exigence de cette condition dans la disposition transitoire vingtième de la Loi Générale de la Sécurité Sociale qui doit être mise en rapport avec l'article 161.1 a) de la même norme.
- En ce qui concerne la réduction de la journée de travail exigée l'on établit que celle-ci doit être comprise entre un minimum du 25% et un maximum du 50% (avant le maximum était situé au 75%).

Pour les cas où l'on conclut simultanément un contrat de relais :

- L'âge requis pour que le travailleur à plein temps accède à la retraite partielle (jusqu'à maintenant 61 ans) sera celui établi dans une échelle (article 166.2 de la Loi Générale de la Sécurité Sociale), tout en augmentant ans après ans jusqu'à 2007 en fonction des périodes de cotisation justifiées au moment du fait donnant lieu au droit.

- La réduction de la journée du travail doit être au minimum du 25% et au maximum du 50% (avant le 75%), ou du 75% (avant le 85%) pour les cas où le travailleur qui remplace soit engagé à durée indéterminée et à journée complète.

Pour ces derniers cas, le contrat de relais à durée indéterminée et à temps complet devra être maintenu tout au moins dans une durée égale au résultat d'ajouter deux ans au temps qui lui manque au travailleur remplacé pour atteindre l'âge légal de la retraite.

Dans le cas que le contrat expire avant d'atteindre cette durée, l'employeur sera tenu de conclure un nouveau contrat aux mêmes termes du contrat expiré et par le temps restant. Le manquement pour part de l'employeur de ces prévisions lui fera responsable du remboursement de la pension qui aurait perçu le pensionné à temps partiel.

- On devra justifier à la date du fait donnant lieu à la retraite partielle une période cotisation de 33 ans (avant 30), tout en prenant en considération, exclusivement à ces effets, le temps de prestation du service militaire obligatoire ou de la prestation sociale substitutive, avec la limite maximale d'un an.

Dans le cas de personnes handicapées en degré égal ou supérieur au 33%, la période de cotisation requise sera de 25 ans.

- Les prévisions d'application progressive de l'obligation incombant l'entreprise et le travailleur, pendant la période de jouissance de la retraite partielle, de cotiser pour la base qui, le cas échéant, aurait correspondu de continuer à prêter des services le travailleur à journée complète, changent pour cet exercice, de sorte que la base de cotisation pour l'année 2013 sera équivalente au 50% de celle qui aurait correspondu à journée complète (avant le 30%).

Enfin, on ne peut pas laisser de mentionner une autre importante nouveauté: l'extension de l'application de la retraite partielle aux membres travailleurs ou de travail des coopératives, pour ce qui devront:

- Être compris dans le système de la Sécurité Sociale comme assimilés aux travailleurs salariés, aux termes de la disposition additionnelle quatrième de la loi Générale de la Sécurité Sociale.
- Réduire leur journée et droits économiques conformément à ce qui est établi dans l'article 12.6 du Statut des Travailleurs.
- Remplir les conditions établies dans l'article 166.2 de la Loi Générale de la Sécurité Sociale.

Normes transitoires :

On continuera à appliquer la réglementation de la pension de retraite dans leurs différentes modalités, conditions d'accès, conditions et règles de détermination des prestations en vigueur avant l'entrée en vigueur du présent Décre-loi Royal, aux pensions ouvrant droit avant le 1^{er} janvier 2019, dans les suivants cas :

- a) Les personnes dont la relation du travail aurait été mise à la fin avant le 1^{er} avril 2013, à la condition que postérieurement à cette date ne seraient pas comprises à nouveau dans quelque des régimes du système de la Sécurité sociale.
 - b) Les personnes avec une relation du travail suspendue ou expirée avant le 1^{er} janvier 2019 à la suite des décisions prises en plans de restructuration de l'emploi, ou par conventions collectives de tout domaine, accords collectifs d'entreprises (dûment enregistrés dans l'Institut National de la Sécurité Sociale ou dans l'Institut Social de la Marine), ainsi que pour décisions prises en procédures d'apurement collectif, adoptées, souscrites ou déclarées avant le 1^{er} avril 2013, à la condition que l'extinction ou la suspension de la relation du travail aurait lieu avant le 1^{er} janvier 2019.
 - c) Ceux qui avant le 1^{er} avril 2013 auraient accédé à la pension de la retraite, ainsi qu'aux personnes intégrés avant cette date dans des plans de retraite partielle recueillis en conventions collectives de tout domaine ou accords collectifs d'entreprise (dûment enregistrés dans l'Institut National de la Sécurité Sociale ou dans l'Institut Social de la Marine), indépendamment que l'accès à la retraite partielle aurait eu lieu avant ou après le 1^{er} avril 2013.
- Loi 11/2013, du 26 juillet, de mesures d'appui à la personne entreprenante et d'incitation à la croissance et à la création d'emploi (Journal Officiel de l'État du 27 juillet 2013).

<http://www.boe.es/boe/dias/2013/07/27/pdfs/BOE-A-2013-8187.pdf>

Les mesures qui sont prises moyennant cette norme sont adressées à développer la Stratégie d'Entreprise et Emploi Jeune, à encourager le financement patronal à travers les marchés alternatifs, à réduire le retard dans les opérations commerciales et, en général, à encourager la compétitivité de l'économie espagnole.

En ce qui concerne le domaine de la Sécurité Sociale, cette loi établit dans son article 11 une réduction du 100% de toutes les cotisations patronales de la Sécurité Sociale, comme incitation à l'engagement en nouveaux projets d'entreprise jeune. Bien que, l'on spécifie que pour l'application des avantages visés à cet article, on devra maintenir dans l'emploi au travailleur engagé, tout au moins, dix-huit mois depuis la date de commencement de la relation du travail, sauf que le contrat soit mise à la fin pour cause non imputable à l'employeur ou par résolution pendant la période d'essai. En cas de manquement à cette obligation on devra procéder au remboursement des incitations.

De même, dans son article 13, comme incitation aux contrats de stage, dispose que les entreprises, y compris les travailleurs indépendants, qui concluent un contrat de stage avec un mineur de 30 ans, auront droit à une réduction du 50% de la cotisation patronale à la Sécurité Sociale pour éventualités communes correspondante au travailleur engagé pendant toute la validité du contrat.

- Décret-loi Royal 11/2012, du 2 août, pour la protection des travailleurs à temps partiel et d'autres mesures d'urgence dans l'ordre économique et social (Journal Officiel de l'État du 3 août 2013).

<http://www.boe.es/boe/dias/2013/08/03/pdfs/BOE-A-2013/8556.pdf>

En ce qui concerne le domaine de la Sécurité Sociale, cette norme recueille dans son Chapitre II certaines modifications qui sont introduites dans le texte refondu de la Loi Générale de la Sécurité Sociale, adopté par Décret-loi Royal 1/1994, du 20 juin, en matière de protection sociale du travail à temps partiel, qui se concrétisent dans un ensemble de règles spécifiques concernant l'action protectrice de la Sécurité Sociale applicables aux travailleurs à temps partiel.

La disposition additionnelle septième de la Loi Générale de la Sécurité Sociale comprend les normes applicables aux travailleurs à temps partiel et, en particulier, la deuxième règle de son paragraphe 1 concerne les périodes de cotisation nécessaires pour ouvrir droit aux différentes prestations de la Sécurité Sociale pour part de ces travailleurs.

Néanmoins, la Séance Plénière de la Cour Constitutionnelle, moyennant Arrêt 61/2013, du 14 mars, a déclaré inconstitutionnelle et nulle, dans la rédaction donnée par le Décret-loi Royal 15/1998, du 27 novembre, de mesures d'urgence pour l'amélioration du marché du travail en ce qui concerne le travail à temps partiel et l'encouragement de son stabilité, la mentionnée deuxième règle du paragraphe 1 de la disposition additionnelle septième, pour entendre que viole l'article 14 de la Constitution Espagnole, tant pour léser le droit à l'égalité qu'aussi, à la vue de sa prédominante répercussion sur l'emploi des femmes, pour provoquer une discrimination indirecte en raison de sexe.

La Cour Constitutionnelle déclare inconstitutionnelle et nulle la règle mentionnée, sans effectuer aucun éclaircissement sur les effets juridiques de celle-ci. Au mentionné Arrêt, on a ajouté postérieurement les arrêts 71/2013 et 72/2013, tous les deux du 8 avril et 116/2013 et 117/2013, du 20 mai.

Les arrêts touchent le calcul des périodes de cotisation pour accéder aux correspondantes prestations économiques, en ce qui concerne les périodes justifiées avec contrat de travail à temps partiel, y compris les contrats de travail à durée indéterminée-discontinu à temps partiel ou complet, indépendamment que la réduction de la journée soit effectuée en calcul quotidien, hebdomadaire, mensuel ou annuel.

De l'avis de la Cour, les différences de traitement en ce qui concerne le calcul des périodes de carence qui continuent à éprouver les travailleurs à temps partiel par rapport aux travailleurs à journée complète se trouvent dépourvues d'une justification raisonnable qui garde la due proportionnalité entre la mesure prise, le résultat eu et la finalité recherchée.

À la suite de cela, il faut dicter une norme de rang légal dans le but d'intégrer la lacune que l'annulation de la règle mentionnée a eu afin du calcul des périodes de carence, pour ouvrir droit aux prestations de la Sécurité Sociale dans le cas des travailleurs engagés à temps partiel.

Avec cette mesure, le Gouvernement estime qu'il y a des raisons de justice sociale qui conseillent d'assouplir le nombre d'années requises pour accéder à une prestation de sorte qu'on garantisse à chaque instant le principe de l'égalité des travailleurs, tant pour ceux de temps partiel que pour ceux de temps complet, tout en donnant application de cette façon à l'arrêt de la Cour Constitutionnelle.

La norme recueillie, en outre, une formule pour exiger le même effort à un travailleur à journée complète et à un travailleur à journée partielle. L'objectif est, par conséquent, celui d'éviter qu'il y ait d'effets disproportionnés entre les cotisations réellement effectuées par le travailleur et le montant de la prestation qu'il reçoit.

Dan ce but, la modification légale prend en compte les périodes de temps avec contrat en vigueur à temps partiel, de la même façon que lorsqu'il s'agit de travailleurs à temps complet.

En conséquence, il faut dicter une norme qui maintienne la proportionnalité tant dans l'accès aux prestations, pensions et allocations, qu'à leur montant. Pour tout cela, ce Chapitre II a pour but accomplir ou réaliser les suivants objectifs:

1. Donner une couverture appropriée à toutes les personnes qui exercent une activité du travail ou professionnelle.
 2. Maintenir les principes de caractère contributif, proportionnalité et équité qui caractérisent le Système Espagnol de la Sécurité Sociale.
 3. Maintenir l'équité en ce qui concerne la situation des travailleurs à temps complet.
 4. Éviter les situations frauduleuses ou irrégulières, ainsi qu'éviter le caractère dissuasif de la cotisation à la Sécurité Sociale.
- Loi 14/2013, du 27 septembre, d'appui aux personnes entrepreneurs et leur internationalisation (Journal Officiel de l'État du 28 septembre 2013).

<http://www.boe.es/boe/dias/2013/09/28/pdfs/BOE-A-2013/10074.pdf>

Dans le Préambule de la Loi on constate que l'Espagne est en traversant une grave et longue crise économique avec aiguës conséquences sociales comme la destruction du tissu des entreprises, en étant notamment dramatique entre les jeunes employeurs.

Cette situation justifie par soi-même le besoin d'entreprendre des réformes favorables à la croissance et la relance économique. Les réformes ne doivent pas aspirer seulement à stimuler l'activité de sorte conjoncturelle, mais doivent aborder aussi les problèmes structurels de l'environnement patronal en Espagne, tout en recherchant renforcer le tissu d'entreprise d'une façon durable.

Dans ce but on identifie les principaux problèmes et l'on offre des mesures en très divers domaines, orientées vers le renforcement de l'activité patronale et du travail indépendant.

Dans le domaine de la Sécurité Sociale, le Titre II de la norme qui porte par rubrique "Appuis fiscaux et en matière de Sécurité Sociale aux personnes entrepreneurs", établit les mesures suivantes :

- L'article 28 dispose la cotisation applicable aux travailleurs compris dans le Régime Spécial des Travailleurs Indépendants dans les cas de pluriactivité avec journée du travail à temps complet ou à temps partiel supérieure au 50%, aux termes suivants:
 1. Les travailleurs qui sont inscrits par première fois au Régime Spécial de la Sécurité Sociale des Travailleurs Indépendants et à l'occasion de cette inscription commencent une situation de pluriactivité à partir de l'entrée en vigueur de cette norme, pourront choisir comme assiette de cotisation à ce moment, l'assiette comprise entre le 50% de la base minimale de cotisation établie annuellement à titre général dans le Budget de l'État pendant les premiers dix-huit mois, et le 75% pendant les suivants dix-huit mois, jusqu'aux bases minimales établies pour ce Régime Spécial.
 2. Dans les cas de travailleurs en situation de pluriactivité où l'activité du travail salariée le serait à temps partiel avec une journée à partir du 50% de la journée correspondante à celle d'un travailleur avec journée à temps complet comparable, on pourra choisir au moment de l'inscription, comme assiette de cotisation celle comprise entre le 75% de la base minimale de cotisation établie annuellement à titre général dans le Budget de l'État pendant les premiers dix-huit mois, et le 85% pendant les suivants dix-huit mois, jusqu'aux bases maximales établies pour ce Régime Spécial.
 3. L'application de cette mesure sera incompatible avec toute autre ristourne ou réduction établie comme mesure d'encouragement du travail indépendant, ainsi qu'avec ce qui est prévu dans l'article 113 Cinq.7 de la Loi 1772012, du 27 décembre, du Budget de l'État pour l'année 2013, ou articles équivalents des successives Loi du Budget de l'État.
- Pour sa part, l'article 29 envisage des réductions à la Sécurité Sociale applicables aux travailleurs indépendants, moyennant l'addition d'une nouvelle disposition additionnelle à la Loi Générale de la Sécurité Sociale.

On établit la possibilité que les travailleurs indépendants qui ont 30 ou plus ans d'âge et qui sont inscrits initialement au Régime Spécial des Travailleurs Indépendants ou qui auraient été inscrits dans les cinq ans immédiatement précédents la date d'effets de l'inscription, on applique les suivantes réductions sur la cotisation par éventualités communes, en étant la cotisation à réduire le résultat d'appliquer à la base minimale de cotisation qui correspond au taux minimum de cotisation en vigueur à chaque instant, y compris l'incapacité temporaire, pour une période maximale de 18 mois, selon la suivante échelle:

- a) Une réduction équivalente au 80% de la cotisation pendant les 6 mois immédiatement suivants à la date d'effets de l'inscription.

- b) Une réduction équivalente au 50% de la cotisation pendant les 6 mois suivants à la période indiquée dans la lettre a).
- c) Une réduction équivalente au 30% de la cotisation pendant les 6 mois suivants à la période indiquée dans la lettre b).

Cette incitation sera aussi d'application aux membres travailleurs de Coopératives du Travail Associé qui soient classés dans le Régime Spécial de la Sécurité Sociale des Travailleurs Indépendants, lorsqu'ils remplissent les conditions prévues dans ces paragraphes :

Néanmoins, ne sera pas d'application aux travailleurs indépendants qui emploient des travailleurs salariés.

De même, les travailleurs indépendants qui optent pour cette voie, ne pourront pas invoquer les ristournes et réductions de la disposition additionnelle trente-cinquième de la Loi Générale de la Sécurité Sociale.

Les réductions de cotisations prévues moyennant ce système seront supportées par le budget de revenus de la Sécurité Sociale.

- Enfin, l'article 30 de la Loi, modifie la disposition additionnelle onzième de la Loi 45/2002, du 12 décembre, de mesures d'urgence pour la réforme du système de protection pour chômage et amélioration de l'occupation, tout en augmentant les réductions et ristournes de cotisations à la Sécurité Sociale pour les personnes handicapées qui soient établies comme travailleurs indépendants.
- Décret-loi Royal 16/2013, du 20 décembre, de mesures pour favoriser l'engagement stable et améliorer l'employabilité des travailleurs (Journal Officiel de l'État du 21 décembre 2013).

<http://www.boe.es/boe/dias/2013/12/21/pdfs/BOE-A-2013-13426.pdf>

Les mesures comprises dans cette disposition sont adressées à renforcer l'engagement stable et l'employabilité des travailleurs.

Dans le domaine de la Sécurité Sociale, on envisage les suivantes modifications :

- Dans sa disposition additionnelle première établit que le taux de cotisation prévu dans la Loi du Budget de l'État pour l'année 2014 pour l'éventualité de chômage dans les contrats à durée déterminée à temps partiel sera réduit d'un 1%. En conséquence, le taux de cotisation sera du 8,30%, duquel le 6,70% sera à la charge de l'employeur et le 1,60% du travailleur.
- Pour sa part, la disposition additionnelle deuxième rapproche en matière de cotisation le traitement des travailleurs compris dans le Régime Spécial des Travailleurs Indépendants qui dans quelque moment de chaque exercice économique et d'une façon simultanée auraient eu engagé à leur service un nombre de travailleurs salariés égal ou supérieur à dix, de ce qui est établi pour

les travailleurs compris dans le Régime Général, de telle sorte que la base minimale de cotisation pour l'exercice suivant aura un montant égal à celui correspondant pour les travailleurs classés dans le groupe de cotisation 1 du Régime Général.

- Enfin, la disposition finale troisième modifie l'article 109 du texte refondu de la Loi Générale de la Sécurité sociale, adopté par le Décret-loi Royal 1/1994, du 20 juin, pour éclaircir l'assiette de cotisation des rémunérations tant en espèces qu'en nature et pour exclure de celle-ci les allocations de l'entreprise consacrées à formation et études des travailleurs lorsque ces études soient exigées par les activités ou les caractéristiques des postes de travail.
- Loi 22/2013, du 23 décembre, du Budget de l'État pour l'année 2014 (Journal Officiel de l'État du 26 décembre 2013).
<http://www.bes.es/boe/dias/2013/12/26/pdfs/BOE-A-2013-13616.pdf>

Conformément à la disposition additionnelle 30^{ème} de cette Loi, dans le délai d'un an, on établira l'intégration dans le Régime de la Sécurité Sociale qui corresponde, aux termes et conditions qui soient déterminés, des membres du Corps de Conservateurs des Hypothèques, Commerciaux et de Biens Meubles, ainsi que des Candidats, qui entrent dans ces Corps à partir du 1^{er} janvier 2012, pour ce qui, les Ministères de la Justice, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale et des Finances et Administrations Publiques habiliteront les mécanismes nécessaires pour réaliser les prévisions comprises dans cette disposition. On établit les critères de revalorisation des pensions payées par le Système de la Sécurité Sociale tout en déterminant que seront revalorisées en 2014, à titre général, un 0,25%.

De même, on établit pour l'année 2014, que le montant de la revalorisation des pensions publiques ne pourra pas impliquer une valeur intégrale annuelle supérieure à 35.762,86 euros.

Par ailleurs, dans ces cas où un même titulaire perçoit deux ou plus pensions publiques, la somme du montant annuel intégral de toutes elles, une fois revalorisées celles qui procèdent, ne pourra pas dépasser la limite maximale à laquelle fait référence le paragraphe précédent. Si cette limite serait dépassée, sera réduite proportionnellement le montant de la revalorisation, jusqu'à absorber l'excès sur cette limite.

Aux termes qui réglementairement soient déterminés, auront droit à percevoir les compléments économiques nécessaires pour atteindre le montant minimum des pensions, les pensionnés du système de la Sécurité Sociale dans sa modalité contributive, qui ne perçoivent pas des revenus de capital ou travail personnel ou que, en les percevant, ne dépassent pas 7.080,73c euros par an. En ce qui concerne les pensions nées à partir du 1^{er} janvier 2013, pour l'accès aux compléments à minimums il faut résider sur territoire espagnol.

À partir du 1^{er} janvier 2014, le montant des pensions du éteinte Assurance Obligatoire de Vieillesse et Invalidité (SOVI), non simultanée avec d'autres pensions publiques est fixé en calcul annuel, en 5.667,20 euros.

On établit que pour l'année 2014 le montant de l'indicateur public de revenu d'effets multiples (IPREM) aura les mêmes montants que pendant l'année 2013 :

- a) L'IPREM par jour, 17,75 euros.
- b) L'IPREM par mois, 532,51 euros.
- c) L'IPREM annuel, 6.390,13 euros.
- d) Dans les cas où la référence au salaire minimum interprofessionnel a été remplacée par la référence à l'IPREM en application de ce qui est établi dans le Décret-loi Royal 3/2004, du 25 juin, le montant annuel de l'IPREM sera de 7.455,14 euros lorsque les normes correspondantes concernent le salaire minimum interprofessionnel en calcul annuel, sauf qu'expressément exclueraient les doubles payes ; dans ce cas, le montant sera de 6.390,13 euros.

Pour sa part, la disposition finale 4^{ème} de la LPGE pour l'année 2014 intègre dans la Loi Générale de la Sécurité Sociale une nouvelle disposition, la 65^{ème}, intitulée, "*Perte de résidence aux effets de prestations de la Sécurité Sociale, y compris les compléments à minimums*" et dispose que :

1. Aux effets du maintien du droit des prestations économiques de la Sécurité Sociale où l'on exige la résidence sur le territoire espagnol, on entendra que le bénéficiaire de ces pensions, y compris les compléments à minimums, a sa résidence habituelle en Espagne même s'il a eu des séjours à l'étranger à la condition que ceux-ci ne dépassent pas les 90 jours tout au long de chaque année naturelle, ou lorsque l'absence du territoire espagnol soit motivée pour causes de maladie dûment justifiées.

Malgré ce qui est stipulé dans le paragraphe précédent, aux effets des prestations et allocations pour chômage, sera d'application ce qui détermine leur réglementation spécifique.

2. Aux effets du maintien du droit des prestations sanitaires où l'on exige la résidence sur le territoire espagnol, on entendra que le bénéficiaire de ces prestations a sa résidence habituelle en Espagne même s'il a eu des séjours à l'étranger à la condition que ceux-ci ne dépassent pas les 90 jours tout au long de chaque année naturelle.

La disposition finale 4^{ème} de cette loi, dans son troisième paragraphe, modifie l'article 131 bis du Texte Refondu de la Loi Générale de la Sécurité Sociale, qui établit les cas d'extinction de la prestation économique pour Incapacité Temporaire, tout en établissant les suivants cas :

1. Le droit à l'allocation sera éteint par le cours du délai maximum de cinq cent quarante cinq jours naturels depuis le congé médical; pour déclaration du médecin traitant de l'aptitude de l'employé au travail par rétablissement ou amélioration permettant le travailleur d'exercer son travail habituel; pour donner l'autorisation de sortie au travailleur avec ou sans déclaration d'incapacité permanente; pour la reconnaissance de la pension de la retraite; pour la non-comparution injustifiée à toute des convocations pour les examens et reconnaissances établis par les médecins affectés à l'Institut

National de la Sécurité Sociale ou à la Mutuelle d'Accidents de Travail et Maladies Professionnelles de la Sécurité Sociale; ou par décès.

Aux effets de déterminer la durée de l'allocation, on prendra en considération les périodes de rechute dans un même processus. On considérera qu'il y a une rechute dans un même processus lorsqu'il y ait un nouveau congé médical par celle-ci ou similaire pathologie dans les 180 jours naturels suivants à la date d'effets de la déclaration précédente du médecin traitant de l'aptitude de l'employé au travail.

Lorsque, une fois commencé un dossier d'incapacité permanente avant que les 545 jours naturels de durée de l'allocation d'incapacité temporaire s'étaient écoulés, on refusera le droit à la prestation d'incapacité permanente, l'Institut National de la Sécurité Sociale sera le seul compétent pour délivrer, dans les 185 jours naturels postérieurs à la résolution de débouté, un nouveau congé médical par la même ou similaire pathologie, à travers les organes compétents pour évaluer, qualifier et réviser la situation d'incapacité permanente du travailleur. Dans ces cas on reprendra la procédure d'incapacité temporaire jusqu'à l'accomplissement des 545 jours naturels.

2. Lorsque le droit à l'allocation soit éteint par le cours de la période de 545 jours naturels fixée au paragraphe précédent, on examinera nécessairement, dans un délai maximum de trois mois, l'état de la personne handicapée aux effets de sa qualification, dans le degré d'incapacité permanente qui soit de droit.

Néanmoins, dans ces cas où, en continuant le besoin du traitement médical par l'espoir de recouvrement ou l'amélioration de l'état du travailleur, en vue de sa réincorporation professionnelle, la situation clinique de l'intéressé conseillerait de repousser la qualification mentionnée, celle-ci pourra être repoussée par le période précise, sans qu'en aucun cas on puisse dépasser les 730 jours naturels ajoutés ceux de l'incapacité temporaire et ceux du prolongation de ses effets.

Pendant les périodes prévues dans ce paragraphe, de trois mois et de retard de la qualification, ne subsistera pas l'obligation de cotiser.

Éteint le droit à la prestation d'incapacité temporaire par le cours du délai de 545 jours naturels de durée, avec ou sans déclaration d'incapacité permanente, n'on pourra générer droit à la prestation économique d'incapacité temporaire que pour la même ou similaire pathologie, s'il y a une période supérieure à 180 jours naturels, à compter de la résolution de l'incapacité permanente.

Ce nouveau droit aura lieu du moment que le travailleur remplisse, à la date du nouveau congé médical, les condition requises pour être bénéficiaire de l'allocation d'incapacité temporaire découlant de maladie commune ou professionnelle, ou d'accident, qu'il soit ou non de travail. À ces effets, pour justifier la période de cotisation nécessaire pour accéder à l'allocation d'incapacité temporaire découlant de maladie commune, on prendra en

considération exclusivement les cotisations effectuées à partir de la résolution d'incapacité permanente.

Néanmoins, lorsqu'il s'agit de la même ou une similaire pathologie et n'auraient pas passé 180 jours naturels depuis le début de l'incapacité permanente, on pourra commencer une nouvelle procédure d'incapacité temporaire, pour une seule fois, lorsque l'Institut National de la Sécurité Sociale à travers les organes compétents pour évaluer, qualifier et réviser la situation d'incapacité permanente du travailleur, considère que le travailleur peut recouvrer sa capacité du travail.

Pour cela, l'Institut National de la Sécurité Sociale décidera le congé aux effets exclusifs de la prestation économique pour incapacité temporaire.

La déclaration du médecin traitant de l'aptitude de l'employé au travail avec proposition d'incapacité permanente, délivrée avant que la procédure aurait atteint les 365 jours de durée, éteindra la situation d'incapacité temporaire.

Si au moment de l'épuisement du délai de 365 jours, l'Institut National de la Sécurité Sociale déciderait le commencement d'un dossier d'incapacité permanente, la situation d'incapacité temporaire sera éteinte à la date de l'accomplissement de ce délai. Lorsque, dans l'exercice des compétences prévues dans l'article 128.1 a), l'Institut National de la Sécurité Sociale aurait décidé la prorogation expresse de la situation d'incapacité temporaire, et pendant celle-ci commencerait un dossier d'incapacité permanente, la situation d'incapacité temporaire sera éteinte à la date de la résolution en vertu de laquelle ce commencement soit décidé.

Sans préjudice de ce qui est stipulé dans les numéros précédents, lorsque l'extinction aurait lieu par déclaration de l'aptitude de l'employé au travail avec proposition d'incapacité permanente, par accord de l'Institut National de la Sécurité Sociale de commencement de dossier d'incapacité permanente, ou par le cours des 545 jours naturels, le travailleur sera dans la situation de prorogation d'effets économiques de l'incapacité temporaire jusqu'à l'incapacité permanente soit qualifiée.

Dans les cas auxquels fait référence le paragraphe précédent, les effets de la prestation économique d'incapacité permanente coïncideront avec la date de la résolution de l'Entité de Gestion qui la reconnaît, sauf que la prestation soit supérieure à celle qui était à percevoir le travailleur à titre de prolongation des effets de l'incapacité temporaire, auquel cas ces effets seront fixés rétroactivement au jour suivant à celui de l'extinction de l'incapacité temporaire.

Dans le cas d'extinction de l'incapacité temporaire, précédent l'épuisement des 545 jours naturels de durée de celle-ci, sans qu'il y ait une ultérieure déclaration d'incapacité permanente, subsistera l'obligation de cotiser tant que la relation du travail ne soit pas éteinte ou jusqu'à l'extinction de ce délai de 545 jours naturels, d'avoir lieu postérieurement cette déclaration d'inexistence de d'incapacité permanente.

À son tour, le paragraphe quatrième de la même disposition finale 4^{ème} de la LPGE pour l'année 2014 ajoute un nouveau paragraphe à l'article 132 du Texte Refondu de la Loi Générale de la Sécurité Sociale, qui régleme la perte ou suspension du droit à l'allocation d'Incapacité Temporaire, tout en disposant que la non-comparution du bénéficiaire à n'importe quelle des convocations effectuées par les médecins affectés à l'Institut National de la Sécurité Sociale et aux Mutuelles d'Accidents de Travail et Maladies Professionnelles de la Sécurité Sociale pour examen et reconnaissance médicale donnera lieu à la suspension provisoire du droit, dans le but de constater si celle-là a été ou non justifiée. Réglementairement on régleme la procédure de suspension du droit et ses effets.

Par ailleurs, dans le paragraphe cinquième de la disposition finale 4^{ème} de cette loi l'on modifie le paragraphe 1 de l'article 136 du Texte Refondu de la Loi Général de la Sécurité Sociale, tout en établissant que dans la modalité contributive, c'est incapacité permanente la situation du travailleur qui, après avoir été soumis au traitement prescrit, présente des remboîtages anatomiques ou fonctionnels graves, susceptibles de détermination objective et probablement définitifs, qui réduisent ou annulent sa capacité du travail.

N'empêchera pas de cette qualification la possibilité de recouvrement de la capacité du travail de l'invalidé, si cette possibilité est considérée médicalement comme incertaine ou à long terme.

Les remboîtages anatomiques ou fonctionnels existants à la date de l'affiliation de l'intéressé à la Sécurité Sociale n'empêcheront la qualification de la situation d'incapacité permanente, lorsqu'il s'agit de personnes handicapées et postérieurement à l'affiliation ces remboîtages se sont aggravés, tout en provoquant par eux-mêmes ou par coïncidence avec d'autres lésions ou pathologies une diminution ou annulation de la capacité professionnelle qui avait l'intéressé au moment de son affiliation.

La disposition transitoire troisième de cette loi dispose que l'association des entreprises et l'adhésion des travailleurs indépendants aux Mutuelles d'Accidents de Travail et Maladies Professionnelles de la Sécurité Sociale pour la gestion par celles-ci des prestations et services de la Sécurité Sociale qui ont attribué par l'article 68 de la Loi Générale de la Sécurité Sociale, Texte Refondu adopté par le Décret-loi Royal 1/1994, du 20 juin, maintiendront sa validité jusqu'à l'entrée en vigueur de la norme en vertu de laquelle on met à jour le régime juridique de celles-là, prévue dans la disposition additionnelle quatorzième de la Loi 27/2011, du 1^{er} août, sur mise à jour, adaptation et modernisation du système de la Sécurité Sociale, où l'on régleme la période de validité et les termes et conditions de l'association et l'adhésion.

Ce qui a été établi dans le paragraphe précédent sera d'application, de même, aux associations et adhésions qui soient légalisées à partir du 1^{er} janvier 2014.

Pendant la période transitoire établie dans le paragraphe précédent, les employeurs associés et les travailleurs qui soient adhérents pourront régler à

l'avance leur lien à la Mutuelle dans les cas d'irrégularités dans la distribution des prestations et services publics dûs, d'insuffisance financière de l'entité aux termes de l'article 74.1 de la Loi Générale de la Sécurité Sociale ou de la prise de mesures conservatoires prévues dans celui-ci, aux termes qui établisse le Ministère de l'Emploi et de la Sécurité Sociale, qui de même réglera la procédure administrative pour accorder celle-ci.

- Loi 23/2013, du 23 septembre, régulatrice du Facteur de Durabilité et du Taux de Revalorisation du Système des Pensions de la Sécurité Sociale (Journal Officiel du 26 décembre 2013).

<http://www.boe.es/boe/dias/2013/12/26/pdfs/BOE-A-2013-13617.pdf>

Conformément au Préambule de cette Loi, l'évolution qui est à éprouver en Espagne avec une augmentation prévue de l'espérance de vie et faibles taux de natalité sont des risques auxquels fait face notre système de pensions. En outre, on donne une circonstance exceptionnelle, dans les années prochaines, et c'est qu'on accédera à la retraite la génération dénommée du "baby boom" avec ce qui cela implique d'incidence sur l'accroissement dans le nombre de pensions pendant une période longue de temps (2025-2060).

À la défavorable évolution démographique l'on ajoute une intense crise économique qui a anticipé plusieurs années l'apparition de déficits dans les comptes de la Sécurité Sociale, ce qui a impliqué des tensions économiques ajoutées à court terme malgré le très important effort de financement découlant de la décision du Gouvernement que le Budget de l'État assume le cent pour cent du coût des prestations non contributives.

Tout cela rend nécessaire que, si l'on veut maintenir un système de pensions public, de répartition et solidaire, on doit intégrer des mesures supplémentaires à celles prévues dans les lois en vigueur, mais circonscrites aux recommandations du Pacte de Tolède, et qui soient accélérées celles-là qui avaient été introduites dans notre réglementation de la Sécurité Sociale, comme c'est le cas du facteur de durabilité.

Dans la réglementation effectuée par cette loi, le facteur de durabilité ajuste la pension initiale de la retraite de sorte que le montant total qui perçoit tout au long de sa vie un pensionné qui accède au système des pensions dans un certain nombre d'ans, et qui probablement aura une plus grande espérance de vie, soit équivalent à celui qui perçoit la personne retraitée dans un moment précédent. Pour cela on établit un rapport de l'espérance de vie estimée dans les deux moments.

Son but est maintenir la proportionnalité entre les contributions au système et les prestations attendues, tout en garantissant aux générations présentes et futures la perception de pensions appropriées et suffisantes, conformément au mandat de l'article 50 de la Constitution Espagnole.

Ce facteur assure le risque associé à l'augmentation de la longévité et ajuste l'équité intergénérationnelle, bien que seulement en ce qui concerne les pensions de retraite.

D'entre les différentes formules mathématiques pour son application, et aux effets d'atteindre une plus grande stabilité face à éventuelles fluctuations annuelles de l'espérance de vie à un certain âge, on a opté pour utiliser des périodes quinquennales pour déterminer l'évolution de cette espérance de vie, tel qu'on prévoit la Loi 27/2011, du 1^{er} août.

La première année pour son application sera l'exercice 2019, tout en permettant une période suffisamment large comme pour que jusqu'alors les éventuels pensionnés de retraite puissent être informés des conséquences de la mise en pratique du facteur et prendre des mesures, en cas de le considérer nécessaire.

L'introduction du facteur de durabilité constitue une mesure qualitativement différente aux mesures de réforme effectuées préalablement, c'est pourquoi ce qui l'on implante n'est pas un changement concret dans le régime juridique des pensions, mais un instrument de rééquilibrage ou d'ajustement automatique de celles-ci, en fonction de l'évolution des espérances de vie, jusqu'à maintenant inexistant.

Par conséquent, le facteur de durabilité c'est un paramètre additionnel à ceux déjà existants pour le calcul de la pension de retraite initiale, qui aide à obtenir un montant moyen des pensions compatible avec le niveau de coût total consacré à ces pensions et à maintenir l'équilibre financier du système à moyen et long terme.

Par ailleurs, entre les défis auxquels font face les systèmes des pensions des pays de l'Union Européenne fondés, comme dans le cas concret de l'Espagne, sur les systèmes de répartition, a une spéciale influence la sensibilité de ceux-ci au "taux de dépendance", c'est-à-dire, le nombre de personnes qui sont en percevant des pensions pour chaque personne occupée, et d'autre part aux risques économiques de caractère structural influant sur le montant des ressources du système de la Sécurité Sociale.

Ce besoin de garantir à moyen et à long terme l'équilibre économique financier du système de la Sécurité Sociale est exigé d'une façon impérieuse, à la lumière des suivantes données: en 1900, l'espérance de vie des ressortissants espagnols avec 65 ans était de dix 10 ans, tandis qu'actuellement l'espérance de vie est de 19 ans, tout en prévoyant que continuera à augmenter à l'avenir, un phénomène qui fait que le poids de la population plus âgé de 65 ans dans la population totale ait augmenté dans les dernières décennies jusqu'au 17% actuel, en étant prévu qui atteint le 37% dans l'année 2052.

En chiffres absolus, le nombre des pensions qui est prévu pour l'année 2052 passerait des 9 millions actuelles à 15 millions.

Bien que depuis l'année 1997 l'article 48 du texte refondu de la Loi Générale de la Sécurité Sociale concrète la revalorisation périodique des pensions établie dans l'article 50 moyennant sa mise à jour conformément à l'indice des prix à la consommation prévu, tel lien a été toujours remis en question à la suite des problèmes de nature démographique et économique déjà mentionnés.

En ce sens, et dans le droit fil de similaires considérations dans le domaine européen, la recommandation deuxième comprise dans le Rapport d'Évaluation et Réforme du Pacte de Tolède, adopté par la Séance Plénière de la Chambre des Députés, dans sa séance du 25 janvier 2011, envisageait l'opportunité d'étudier, pour sa postérieure analyse et évaluation par la Commission de ce Pacte, la possibilité d'utiliser d'autres taux de revalorisation fondés, entre d'autres, sur l'augmentation des salaires, l'évolution de l'économie ou le calcul des cotisations à la Sécurité Sociale, tout en conseillant de prendre en considération les effets que ces taux ont eu sur la durabilité du système des pensions des pays de notre environnement.

En se faisant l'écho de cette recommandation du Pacte de Tolède, le chapitre II de cette loi règle le taux de revalorisation, qui viendrait à remplacer, à partir du 1^{er} janvier 2014, le taux de référence qui était appliqué depuis 1997.

En conséquence, le taux de revalorisation des pensions a pour but la durabilité financière du système des pensions, tout en garantissant, en outre, la suffisance de celles-ci telles que l'on exige dans l'article 50 de la Constitution Espagnole.

- Décret Royal 1045/2013, du 27 décembre, sur revalorisation des pensions du système de la Sécurité Sociale et d'autres prestations sociales publiques pour l'exercice de l'année 2014 (Journal Officiel de l'État du 30 décembre 2013).
<http://www.boe.es/boe/dias/2013/12/30/pdfs/BOE-A-2013-13763.pdf>

La Loi 22/2013, du 23 décembre, du Budget de l'État pour l'année 2014, comprend, dans son titre IV^{ème}, les critères de revalorisation des pensions du système de la Sécurité Sociale pour cet exercice, et prévoit leur revalorisation un 0,25%.

Conformément à ces prévisions légales, ce décret royal établit une revalorisation générale des pensions de la Sécurité Sociale, y compris la limite maximale de perception de pensions publiques, du 0,25%.

De la même façon, on fixe une revalorisation du 0,25% des montants minimums des pensions du système de la Sécurité Sociale dans sa modalité contributive, des pensions non contributives de ce système, ainsi que des pensions non simultanées du éteinte Assurance Obligatoire de Vieillesse et Invalidité.

De même, on met à jour les montants des allocations en faveur des enfants handicapés avec 18 ans ou plus ans.

Cette norme comprend également comme annexe, un tableau mis à jour des montants de certaines pensions et prestations applicables dans l'année 2014.

**TABLEAU DES MONTANTS MINIMUMS DES PENSIONS DE LA MODALITÉ
CONTRIBUTIVE POUR L'ANNÉE 2014**

TYPE DE PENSÍÓN	TITULAIRES		
	Avec conjoint à charge €/an	Sans conjoint : Unité Économique Unipersonnelle €/an	Avec conjoint à charge €/an
<u>Retraite</u>			
Titulaire avec 65 ans	10.932,60	8.860,60	8.404,20
Titulaire de moins de 65 ans	10.246,60	8.288,00	7.831,60
Titulaire de 65 ans provenant de Grande Invalidité	16.399,60	13.291,60	12.607,00
<u>Incapacité permanente</u>			
Grande Invalidité.....	16.399,60	13.291,60	12.607,00
Absolue.....	10.932,60	8.860,60	8.404,20
Total : Titulire de 65 ans	10.932,60	8.860,60	8.404,20
Total : Titulaire avec un âge compris entre 60 ans et 64 ans	10.246,60	8.288,00	7.831,60
Total : Découlant de maladie commune de moins de 60 ans	5.510,40	5.510,40	4.969,86
Partielle du régime d'accident de travail :		8.860,60	8.404,20
Titulaire de 65 ans	10.932,60		
<u>Veuvage</u>			

TYPE DE PENSIÓN	TITULAIRES		
	Avec conjoint à charge €/an	Sans conjoint : Unité Économique Unipersonnelle €/an	Avec conjoint à charge €/an
Titulaire avec charges familiales		10.246,60	
Titulaire de 65 ans ou avec incapacité en degré égal ou supérieur à 65%		8.860,60	
Titulaire avec un âge entre 60 et 64 ans		8.288,00	
Titulaire avec moins de 60 ans ...		6.707,40	
<u>Pension pour orphelin</u>			
Par bénéficiaire			2.706,20
Par bénéficiaire incapacité de moins de 18 ans avec un handicap en degré égal ou supérieur à 65%			5.325,60
Dans la pension pour orphelin absolue le minimum sera augmenté en 6.228,60 euros par an distribués, le cas échéant, entre les bénéficiaires			
En faveur de la famille :			

TYPE DE PENSIÓN	TITULAIRES		
	Avec conjoint à charge €/an	Sans conjoint : Unité Économique Unipersonnelle €/an	Avec conjoint à charge €/an
Par bénéficiaire			2.706,20
S'il n'y a pas ni veuf ni orphelin pensionnés :			
Un seul bénéficiaire avec 65 ans			6.542,20
Un seul bénéficiaire de moins de 65 ans			6.161,40
Plusieurs bénéficiaires : Le minimum assigné à chacun des bénéficiaires sera augmenté au montant résultant de partager au prorata 3.991,40 euros par an entre le nombre de bénéficiaires			

- Décret Royal 3/2014, du 10 janvier, en vertu duquel on établit les règles spéciales pour l'octroi d'aides préalables à la retraite ordinaire dans le système de la Sécurité Sociale, aux travailleurs touchés par processus de restructuration d'entreprises (Journal Officiel de l'État du 29 janvier 2014).
<http://www.boe.es/boe/dias/2014/01/29/pdfs/BOE-A-2014-880.pdf>

Ce décret royal a pour but établir les règles spéciales pour l'octroi direct des subventions dénommées aides préalables à la retraite ordinaire dans le système de la Sécurité Sociale, à travailleurs touchés par processus de restructuration d'entreprises, dont le but est celui de faciliter une couverture économique à ces travailleurs, à la condition que les conditions établies dans celui-là soient remplies.

Les aides réglementées par ce décret royal sont consacrées à faciliter une couverture économique à travailleurs proches de l'âge de la retraite pour satisfaire à des situations d'urgence et besoin social-professionnel, qui permettent de pallier les conséquences sociales découlant des processus de restructuration d'entreprises qui pourraient entraîner la cessation totale ou partielle de l'activité de celles-ci ou contribuent au maintien de l'emploi.

- Arrêté ESS/106/2014, du 31 janvier, en vertu duquel on développe les normes légales de cotisation à la Sécurité Sociale, chômage, protection pour cessation d'activité, Fonds de Garantie Salariale et Formation Professionnelle, comprises dans la Loi 22/2013, du 23 décembre, du Budget de l'État pour l'année 2014 (Journal Officiel du 1^{er} février 2014. Correction d'erreurs 12 février 2014).

<http://www.boes.es/boe/dias/2014/02/01/pdfs/BOE-A-2014-1051.pdf>

<http://www.boe.es/boe/dias/2014/02/12/pdfs/BOE-A-2014-1505.pdf>

Moyennant cet Arrêté on développe les prévisions légales en matière de cotisations sociales pour l'exercice de l'année 2014, conformément à ce qui est stipulé dans la Loi 22/2013, du 23 décembre, du Budget Général de l'État pour l'année 2014.

En observant les critères établis dans cette Loi du Budget de l'État on modifie les plafonds maximums et minimums de cotisation au Régime Général de la Sécurité Sociale. Le plafond maximum est fixé, à partir du 1^{er} janvier 2014, en 3.597,00 euros. À partir de cette date, le plafond minimum de cotisation pour les éventualités d'accident de travail et maladie professionnelle sera équivalent au salaire minimum interprofessionnel en vigueur à chaque instant, augmenté par le partage au prorata des perceptions d'échéance supérieure au mois qui perçoive le travailleur, sans qu'on puisse être inférieure à 753,00 euros par mois.

La base maximale de cotisation au Régime Général de la Sécurité Sociale est fixée en 3.597,00 euros par mois ou 119,90 euros par jour. La base minimale pour l'année 2014 est fixée en 753,00 euros par mois ou 25,10 euros par jour.

Les taux de cotisation au Régime Général de la Sécurité Sociale pour l'année 2014 sont le 28,3%, duquel le 23,6% sera à la charge de l'entreprise et le 4,7% à la charge du travailleur. De même, on établit que la cotisation supplémentaire par les heures extraordinaires motivées par force majeure sera effectuée en appliquant le taux du 14,00%, duquel le 12,00% sera à la charge de l'entreprise et le 2,00% à la charge du travailleur.

La cotisation supplémentaire par les heures extraordinaires qui n'auraient pas la considération mentionnée dans le paragraphe précédent sera effectuée en appliquant le taux du 28,30%, duquel le 23,60% sera à la charge de l'entreprise et le 4,70% à la charge du travailleur.

Pour les éventualités d'accidents de travail et maladies professionnelles on appliquera les taux du tarif de primes établi dans la disposition additionnelle quatrième de la Loi 42/2006, du 28 décembre, du Budget Général de l'État pour l'année 2007, dans la rédaction donnée par la disposition finale dix-neuvième de la Loi 22/2013, du 23 décembre, du Budget Général de l'État pour l'année 2014, les primes résultantes étant à la charge exclusive de l'entreprise.

On fixe également les bases et taux de cotisation spécifiques pour les différents Régimes Spéciaux intégrant le système de la Sécurité Sociale.

Enfin, on établit les taux applicables pour la cotisation à la Sécurité Sociale en d'autres cas spécifiques, comme sont ceux de Convention Spéciale, collaboration dans la gestion ou l'exclusion de quelque éventualité.

- Loi 1/2014, du 28 février, pour la protection des travailleurs à temps partiel et d'autres mesures d'urgence dans l'ordre économique et social (Journal Officiel de l'État du 1^{er} mars 2014).

<http://www.boe.es/boe/dias/2014/03/01/pdfs/BOE-A-2014-2219.pdf>

Le chapitre II de cette loi recueille certaines modifications qui sont introduites dans le texte refondu de la Loi Générale de la Sécurité Sociale, adopté par Décret-loi bRoyal 1/1994, du 20 juin, en matière de protection sociale du travail à temps partiel, qui se concrétisent par un ensemble de règles spécifiques concernant l'action protectrice de la Sécurité Sociale applicables aux travailleurs à temps partiel.

La disposition additionnelle septième de la Loi Générale de la Sécurité Sociale comprend les normes applicables aux travailleurs à temps partiel et, en particulier, la deuxième règle de son paragraphe 1 concerne les périodes de cotisation nécessaires pour ouvrir droit aux différentes prestations de la Sécurité Sociale pour part de ces travailleurs.

Néanmoins, la Séance Plénière de la Cour Constitutionnelle, moyennant Arrêt 61/2013, du 14 mars, a déclaré inconstitutionnelle et nulle, dans la rédaction donnée par le Décret-loi Royal 15/1998, du 27 novembre, de mesures d'urgence pour l'amélioration du marché du travail en ce qui concerne le travail à temps partiel et l'encouragement de sa stabilité, la mentionnée deuxième règle du paragraphe 1 de la disposition additionnelle septième, pour entendre que viole l'article 14 de la Constitution Espagnole, tant pour léser le droit à l'égalité, qu'aussi, à la vue de sa prédominante incidence sur l'emploi des femmes, pour provoquer une discrimination indirecte en raison de sexe.

La Cour Constitutionnelle déclare inconstitutionnelle et nulle cette règle, sans effectuer aucun éclaircissement sur les effets juridiques de celle-ci. À cet arrêt, on a ajouté postérieurement les arrêts 71/2013 et 72/2013, tous les deux du 8 avril, et 116/2013 et 117/2013, du 20 mai.

Les arrêts touchent le calcul des périodes de cotisation pour accéder aux correspondantes prestations économiques, en ce qui concerne les périodes justifiées avec contrat de travail à temps partiel, y compris les contrats de travail à durée indéterminée-discontinu à temps partiel ou complet, indépendamment que la réduction de la journée soit effectuée en calcul quotidien, par semaine, par mois ou annuel.

De l'avis de la Cour, les différences de traitement en ce qui concerne le calcul des périodes de carence qui continuent à éprouver les travailleurs à temps partiel par rapport aux travailleurs à journée complète se trouvent dépourvues d'une justification raisonnable qui garde la due proportionnalité entre la mesure prise, le résultat eu et la finalité poursuivie.

À la suite de cela, il a fallu dicter une norme avec rang légal dans le but d'intégrer la lacune que l'annulation de la règle mentionnée a provoqué afin du calcul des périodes de carence, pour ouvrir droit aux prestations de la Sécurité Sociale dans le cas des travailleurs engagés à temps partiel.

Cette norme, articulée à travers le Décret-loi Royal 11/2013, du 2 août, pour la protection des travailleurs à temps partiel et d'autres mesures d'urgence dans l'ordre économique et social, est fondée sur que le Gouvernement estime qu'il y a des raisons de justice sociale qui conseillent d'assouplir le nombre d'années requises pour accéder à une prestation, de sorte que l'on garantit à chaque instant le principe de l'égalité des travailleurs, tant pour ceux à temps partiel que pour ceux à temps complet, en donnant application de cette façon à l'arrêt de la Cour Constitutionnelle.

La norme qui est intégrée dans cette loi recueille, en outre, une formule pour exiger le même effort à un travailleur à journée complète et à un travailleur à journée partielle. L'objectif est, par conséquent, éviter qu'il y ait lieu d'effets disproportionnés entre les cotisations réellement effectuées par le travailleur et le montant de la prestation qu'il reçoive. Dans ce but, la modification légale assure les périodes de temps avec contrat en vigueur à temps partiel, de la même façon que lorsqu'il s'agit de travailleurs à temps complet.

En conséquence, on maintient la proportionnalité tant dans l'accès au droit aux prestations, pensions et allocations, qu'à leur montant.

- Décret-loi Royal 3/2014, du 28 février, de mesures d'urgence pour l'encouragement de l'emploi et les contrats à durée indéterminée (Journal Officiel de l'État du 1^{er} janvier 2014).

<http://www.boe.es/boe/dias/2014/03/01/pdfs/BOE-A-2014/2220.pdf>

Dans le but de stimuler les contrats à durée indéterminée, cette loi établit une importante réduction des cotisations patronales par éventualités communes à la Sécurité Sociale pour toutes ces entreprises qui concluent cette sorte de contrats.

On pourra bénéficier de cette mesure toutes les entreprises, indépendamment de leur taille, tant si l'engagement est à temps complet que si est à temps partiel, en ce qui concerne les contrats conclus entre le 25 février 2014 et le 31 décembre 2014, à la condition qu'on impliquerait création d'emploi net.

La cotisation patronale à déposer par éventualités communes sera de 100 euros par mois, dans les cas de contrats conclus à temps complet, en étant de 75 ou 50 euros par mois dans les contrats à temps partiel en fonction de la journée de travail effectuée.

À titre général, ces réductions seront appliquées pendant une période de 24 mois, bien que, et pendant les 12 mois suivants, les entreprises de moins de 10 travailleurs auront droit aussi à obtenir une réduction du 50% de la cotisation pour éventualités communes correspondantes au travailleur engagé à durée indéterminée.

Pour bénéficier de ces réductions, l'employeur doit respecter ou remplir une sorte de conditions qui, à titre général, sont exigées pour l'accès à cette sorte d'incitations en normes de similaire nature, comme sont: se trouver à jour dans l'accomplissement de ses obligations fiscales et de la Sécurité Sociale, n'avoir pas être exclu de l'accès aux bénéfices ou avantages de programmes d'emploi pour la perpétration de certaines infractions graves ou très graves et maintenir le niveau d'emploi total et à durée indéterminée atteint avec cette sorte d'engagement.

On exige aussi comme condition que l'entreprise n'aurait pas éteint contrats de travail pour causes objectives ou pour licenciement disciplinaire qui auraient été déclarés judiciairement abusif ou illégal, ou par licenciements collectifs.

La condition précédente touchera seulement les extinctions qui ont eu lieu à partir du 25 février 2014.

On envisage, de la même façon qu'en d'autres normes régulatrices de cette sorte d'incitations, les cas où n'on pourra pas appliquer la mesure, comme sont, entre d'autres, les relations professionnelles de caractère spécial, l'engagement de travailleurs dont l'activité détermine leur inclusion dans n'importe quel des systèmes spéciaux établis dans le Régime Général de la Sécurité Sociale et l'engagement de certains parents de l'employeur.

Malgré ce qui précède, dans le but de stimuler l'engagement des travailleurs les plus jeunes, si aura lieu la réduction lorsque la personne engagée soit un enfant d'un travailleur indépendant, mineur de 30 ans, ou plus âgé de cet âge lorsqu'ils auraient spéciales difficultés pour leur insertion professionnelle, conformément à ce qui est établi dans la disposition additionnelle dixième de la Loi 20/2007, du 11 juillet, du Statut du travail indépendant.

Si l'employeur manque à ces conditions pour la jouissance de ces réductions sera tenu de rembourser les montants laissés de déposer.

- Décret-loi Royal 8/2014, du 4 juillet, de mesures d'urgence pour la croissance, la compétitivité et l'efficacité. (Journal Officiel de l'État du 5 juillet 2014. Correction d'erreurs Journal Officiel de l'État du 10 juillet 2014). Ce Décret-loi Royal a été ratifié par loi 18/2014, du 15 octobre, d'adoption de mesures d'urgence pour la croissance, la compétitivité et l'efficacité (Journal Officiel de l'État du 17 octobre 2014).

<http://www.boe.es/boe/dias/2014/07/05/pdfs/BOE-A-2014-7064.pdf>

<http://www.boe.es/boe/dias/2014/07/10/pdfs/BOE-A-2014-7287.pdf>

[http://www.boe.es/boe/dias/\(2014/10/17/pdfs/BOE-A-2014-10517.pdf](http://www.boe.es/boe/dias/(2014/10/17/pdfs/BOE-A-2014-10517.pdf)

Tel qu'on établit dans son Exposé des Motifs, moyennant ce Décret-loi Royal on prend les mesures législatives de caractère urgent nécessaires pour l'exécution du Plan de mesures pour la croissance, la compétitivité et l'efficacité, adopté par le Conseil des Ministres le 6 juin 2014, outre d'autres mesures.

Toutes ces mesures sont adressées à augmenter la compétitivité et encourager le fonctionnement efficace des marchés et améliorer le financement, ainsi qu'à améliorer l'employabilité.

Dans le dernier objectif, moyennant cette norme l'on étend aux membres travailleurs ou de travail des coopératives, ainsi qu'aux ceux qui s'intègrent comme membres travailleurs des sociétés du travail, les réductions des cotisations personnelles pour éventualités communes à la Sécurité Sociale pour engagement à durée indéterminée prévues dans le Décret-loi Royal 3/2014, du 28 février, de mesures d'urgence pour l'encouragement de l'emploi et l'engagement à durée indéterminée.

- Décret Royal 625/2014, du 18 juillet, en vertu duquel on règle certains aspects de la gestion et le contrôle des procédures pour incapacité temporaire dans les premiers 365 jours de sa durée. (Journal Officiel de l'État du 21 juillet 2014).

<http://www.boe.es/boe/dias/2014/07/21/pdfs/BOE-A-2014-7684.pdf>

Moyennant cette norme on règle certains aspects de la gestion et le contrôle des procédures d'incapacité temporaire dans les premiers 365 jours de sa durée, tout en abrogeant toutes les dispositions d'égal ou inférieur rang qui s'opposent à ce qui est stipulé dans ce décret royal et, expressément, le Décret Royal 575/1997, du 18 avril, en vertu duquel on règle certains aspects de la gestion et le contrôle de la prestation économique de la Sécurité Sociale pour incapacité temporaire.

- Décret Royal 637/2014, du 25 juillet, en vertu duquel on modifie l'article 23 du Règlement Général sur cotisation et liquidation d'autres droits de la Sécurité Sociale, adopté par le Décret Royal 2064/1995, du 22 décembre (Journal Officiel de l'État du 26 juillet 2014).

<http://www.boe.es/boe/dias/2014/07/26/pdfs/BOE-A-2014-7969.pdf>

L'article 109 du texte refondu de la Loi Générale de la Sécurité Sociale a été l'objet de réforme par les Décrets-lois Royaux 20/2012, du 13 juillet, de mesures pour garantir la stabilité budgétaire et d'encouragement de la compétitivité, et 16/2013, du 20 décembre, de mesures pour favoriser l'engagement stable et améliorer l'employabilité des travailleurs que dans les deux cas ont obéi à un besoin urgent de mettre à jour ces règles pour le calcul de l'assiette de cotisation afin d'intégrer dans celle-ci des concepts de rémunération dont l'exclusion ne résultait pas déjà justifiée et d'améliorer en même temps l'information à faciliter par les entreprises sur ces concepts, tout en garantissant de cette façon la durabilité du système de la Sécurité Sociale et l'amélioration qui en résulte de l'action protectrice des travailleurs salariés compris dans le Régime Général.

L'objet de ce décret royal consiste à harmoniser et adapter le développement réglementaire des règles de détermination de l'assiette de cotisation au Régime Général, établies dans l'article 23 du Règlement Général sur cotisation et liquidation d'autres droits de la Sécurité Sociale, à la réglementation légale en vigueur sur la matière, comprise dans l'article 109 du texte refondu de la Loi Générale de la Sécurité Sociale.

Dans la nouvelle rédaction donnée à l'article 23 du mentionné Règlement Général et en suivant la même structure que celle qui était en vigueur jusqu'à maintenant, on commence en définissant dans son paragraphe 1, les concepts rétributifs qui constituent l'assiette de cotisation au Régime Général de la Sécurité Sociale, en établissant les règles d'évaluation des différentes perceptions en nature qui font partie de la rémunération et qui seront constituées par leur montant total, d'être établie leur valeur nominale et, à titre général, par le coût moyen qu'implique pour l'employeur la livraison du bien, droit ou service objet de perception, sauf en trois cas:

D'une part, dans le cas d'utilisation d'un logement propriété ou non de l'employeur ou l'utilisation ou la livraison de véhicules automobiles, l'évaluation s'effectuera aux termes de l'article 43 de la Loi 35/2006, du 28 novembre, de l'Impôt sur le Revenu des Persones Physiques et de modification partielle des Lois des Impôts sur les Sociétés, sur le Revenu de non Résidents et sur le Patrimoine; d'autre part, en ce qui concerne la prestation du service d'éducation par les centres d'enseignement autorisés aux enfants de leurs employés, à titre gratuit ou pour un prix inférieur au prix normal de marché, ainsi que la prestation du service de garderie par les moyens eux-mêmes de l'entreprise, dont l'évaluation sera déterminée par le coût marginal qu'implique pour ces centres la prestation de ce service, et dans le cas des prêts octroyés aux travailleurs avec des taux d'intérêt inférieurs au taux légal de l'argent seront évalués par la différence entre l'intérêt payé et le mentionné intérêt légal en vigueur dans le respectif exercice économique.

Le paragraphe 2 de cet article continue à être consacré aux concepts exclus de l'assiette de cotisation, bien qu'en s'adaptant à ceux qui maintenant sont prévus dans l'article 109.2 du texte refondu de la Loi Générale de la Sécurité Sociale et en concrétisant quelques aspects de la portée de leur exclusion.

La prévision recueillie dans le paragraphe 3 de l'article modifié coïncide essentiellement avec sa rédaction actuelle.

Enfin, on établit moyennant la disposition finale première une prolongation du délai pour la liquidation et dépôt de la cotisation correspondante aux premières mensualités des nouveaux concepts et montants computables dans l'assiette de cotisation.

- Loi 35/2014, du 26 décembre, en vertu de laquelle l'on modifie le texte refondu de la Loi Générale de la Sécurité Sociale en ce qui concerne le régime juridique des Mutuelles d'Accidents de Travail et Maladies Professionnelles de la Sécurité Sociale (Journal Officiel de l'État du 29 décembre 2014).

<http://www.boe.es/boe/dias/2012/12/29/pdfs/BOE-A-2014-13568.pdf>

Cette Loi donne une nouvelle réglementation aux Mutuelles d'Accidents de Travail et Maladies Professionnelles dans le but de moderniser le fonctionnement et la gestion de ces entités privées, en renforçant les niveaux de transparence et efficience et en contribuant dans une plus grande mesure à la lutte contre l'absentéisme du travail injustifié et à la durabilité du système de la Sécurité Sociale.

Les Mutuelles d'Accidents de Travail et Maladies Professionnelles sont réglementées dans le texte refondu de la Loi Générale de la Sécurité Sociale, adopté par le Décret-loi Royal 1/1994, du 20 juin, dans le Chapitre VII^{ème} du Titre I^{er}, intitulé "Gestion de la Sécurité Sociale", et dans celui-ci, dans la Section Quatrième. La figure juridique à laquelle répond la participation privée à la gestion des fonctions publiques est celle dénommée collaboration dans la gestion de la Sécurité Sociale.

Les Mutuelles Collaboratrices avec la Sécurité Sociale sont définies comme d'associations d'employeurs, de nature privée, sans but lucratif, dont l'objet exclusif est celui de la collaboration dans la gestion de la Sécurité Sociale et dont le domaine d'action s'étend à tout le territoire national.

La collaboration dans la gestion est développée en ce qui concerne plusieurs prestations. Ainsi on peut citer actuellement les suivantes: gestion des prestations économiques et de l'assistance sanitaire découlant des éventualités professionnelles, réalisation d'activités de prévention des risques professionnels de la Sécurité Sociale; gestion de la prestation économique pour incapacité temporaire découlant d'éventualités communes; gestion des prestations pour risque pendant la grossesse et l'allaitement naturel; gestion de la prestation pour soin de mineurs touchés par cancer ou d'autre maladie grave; et gestion de la prestation pour cessation d'activité des travailleurs indépendants.

Pour le développement de cette collaboration s'occupent des cotisations du système qui périodiquement leur sont transférées par la Trésorerie Générale de la Sécurité Sociale. Pour le même but ont été attribués biens immeubles de la Sécurité Sociale, qui sont inscrits au nom de ce Service Commun de l'Administration de la Sécurité Sociale, comme titulaire du patrimoine unique de celle-ci.

De même, ont un patrimoine historique, soumis à cet objet, où l'on intègre les ressources et biens obtenus dans sa précédente nature d'entité d'assurance, et qui traditionnellement est en utilisant pour affronter les cas de responsabilité conjointe des employeurs associés.

La répercussion de la gestion dans les différentes prestations pour part des Mutuelles Collaboratrices avec la Sécurité Sociale a été positive pour le système, même en périodes de crise, où celles-ci ont été capables de générer excédents et apporter d'importantes ressources au Fonds de Réserve de la Sécurité Sociale.

Cependant, la réglementation en vigueur requière une adaptation à la réalité actuelle au nom de la réalisation des principes de sécurité juridique, coordination, efficace, efficience, transparence et compétence. Des principes tous eux qui sont à matérialiser d'une façon généralisée dans la réforme des Administrations Publiques.

À cet effet, cette loi, avec absolu respect à son caractère d'entités privées, a pour but régler en entier le régime juridique des Mutuelles Collaboratrices avec

la Sécurité Sociale et des fonctions qui développent comme entités associatives privées collaboratrices dans la gestion de la protection publique.

De cette façon, on essaie, d'une part, de couvrir les lacunes légales existantes, et, d'autre part, intégrer la dispersion de la pluralité de normes de différent rang qui constituent son régime juridique actuel.

La loi modernise le régime juridique d'application, de deux formes: d'une part, on articule différents mécanismes pour que la gestion soit développée avec la due efficacité et efficience, en faveur des citoyens, et, d'autre part, on donne plus importance et différentes facultés aux destinataires de la collaboration, les travailleurs salariés protégés, les entreprises associées et les travailleurs indépendants.

Enfin, la loi donne application au mandat établi dans la disposition additionnelle quatorzième de la Loi 27/2011, du 1^{er} août, sur mise à jour, adaptation et modernisation du système de la Sécurité Sociale, qui a disposé de réformer le cadre réglementaire des Mutuelles.

Pour la réalisation de ces buts, cette loi effectue des modifications dans le texte refondu de la Loi Générale de la Sécurité Sociale, adopté par le Décret-loi Royal 1/1994, du 20 juin.

De même, la disposition finale deuxième de cette loi modifie la Loi 32/2010, du 5 août, en vertu de laquelle l'on établit un système spécifique de protection pour cessation d'activité des travailleurs indépendants, tout en supprimant le conditionnement d'avoir conclu l'assurance des risques professionnels pour donner couverture à la protection pour cessation d'activité.

- Loi 36/2014, du 26 décembre, du Budget Général de l'État pour l'année 2014 (Journal Officiel de l'État du 30 décembre 2014. Correction d'erreurs Journal Officiel de l'État du 24 mars 2015).

<http://www.boe.es/boe/dias/2014/12/30/pdfs/BOE-A-2014-13612.pdf>

<http://www.boe.es/boe/dias/2015/03/24/pdfs/BOE-A-2015-3106.pdf>

La disposition 91^{ème} de la loi dispose que les membres du Corps des Conservateurs des Hypothèques, Commerciales et de Biens Meubles, ainsi que ceux du Corps de Candidats, qui entrent dans ces Corps à partir du 1^{er} janvier 2015, seront intégrés dans le Régime Spécial de la Sécurité Sociale des Travailleurs Indépendants.

Cette intégration aura lieu aux termes et conditions établis dans ce Régime Spécial.

On autorise le Gouvernement à dicter toutes les dispositions qui soient nécessaires pour effectuer le développement réglementaire de cette disposition.

À titre général, les pensions en 2015 sont mises à jour un 0,25%, tout en prenant comme référence le montant légalement établi à 31 décembre 2014, sauf qui dépassent le plafond maximum de pensions que, pour l'année 2014,

est situé en 2.560,88 euros par mois, auquel cas ne sont pas objet d'application.

En ce qui concerne les compléments à minimums des pensions contributives, l'accès aux ceux-ci et le maintien de leur perception dépend de que le pensionné ne perçoive pas des revenus (en marge de la pension elle-même) qui dépassent les 7.098,43 euros par an. En outre, et en ce qui concerne les pensions nées à partir du 1^{er} janvier 2013, pour l'accès aux compléments à minimums il faut résider sur le territoire espagnol.

De même, pour les pensions qui auraient été nées ou soient nées à partir du 1^{er} janvier 2015. Le montant du complément à minimums ne peut pas dépasser le montant de la pension non contributive, en fonction des circonstances familiales du pensionné.

Dans le cas des pensions minimales en cas d'existence de conjoint à charge, il faut que le conjoint vive avec le pensionné et dépende économiquement de celui-ci, en considérant qu'on donne cette condition lorsque le conjoint du pensionné ne soit pas, à son tour, titulaire d'une pension à la charge d'un régime basique public de prévoyance sociale, et à la condition que les revenus du pensionné et de son conjoint, soient inférieurs à 8.280,40 euros annuels.

Pour l'année 2015, le montant de la pension de la Sécurité sociale, dans la modalité non contributive, est fixé en 5.136,60 euros intégraux annuels, et ce montant sera augmenté en 525 euros annuels dans les cas où le pensionné justifie en faisant foi manquer de logement en propriété et avoir, comme résidence habituelle, un logement loué au pensionné dont le propriétaire n'ait pas avec lui rapport de parenté jusqu'au troisième degré, ni soit conjoint ou personne avec laquelle constitue une union stable et vive avec lui avec analogue rapport d'affectivité au rapport conjugal.

Enfin, la LPGE de l'année 2015 fixe les montants des pensions du éteinte Assurance Obligatoire de Vieillesse et Invalidité (SOVI), lorsque ne coïncident avec d'autres pensions publiques, en 5.682,60 euros.

La LPGE de l'année 2015 dans sa disposition dérogatoire unique procède à l'abrogation de la disposition additionnelle 58^{ème} du texte refondu de la Loi Générale de la Sécurité Sociale, adopté par le Décret-loi Royal 1/1994, du 20 juin, ce qui implique la suppression de la couverture obligatoire des éventualités professionnelles dans le Régime Spécial des Travailleurs Indépendants et passe, par conséquent, à être de caractère volontaire.

- Décret Royal 1107/2014, du 26 décembre, sur revalorisation des pensions du système de la Sécurité Sociale et d'autres prestations sociales publiques pour l'exercice de l'année 2015. (Journal Officiel de l'État du 31 décembre 2015).

<http://www.boe.es/boe/dias/2014/12/31/pdfs/BOE-A-2014-13680.pdf>

La Loi 36/2014, du 26 décembre, du Budget Général de l'État pour l'année 2015, comprend, dans son titre IV^{ème}, les critères de revalorisation des pensions du système de la Sécurité Sociale pour cet exercice, et prévoit leur revalorisation un 0,25%.

Conformément à ces prévisions légales, ce décret royal établit une revalorisation générale des pensions de la Sécurité Sociale, y compris la limite maximale de perception des pensions publiques, du 0,25%.

De la même façon, on fixe une revalorisation du 0,25% des montants minimums des pensions du système de la Sécurité Sociale dans sa modalité contributive, des pensions non contributives de ce système, ainsi que des pensions non simultanées du éteinte Assurance Obligatoire de Vieillesse et Invalidité. De même, on met à jour les montants des allocations en faveur des enfants handicapés avec 18 ou plus ans.

Cette norme comprend également comme annexe, un tableau mis à jour des montants de certaines pensions et prestations applicables dans l'année 2015.

TABLEAU DES MONTANTS MINIMUMS DES PENSIONS DE LA MODALITÉ CONTRIBUTIVE POUR L'ANNÉE 2015

TYPE DE PENSÍÓN	TITULAIRES		
	Avec conjoint à charge €/an	Sans conjoint : Unité Économique Unipersonnelle €/an	Avec conjoint à charge €/an
<u>Retraite</u>			
Titulaire avec 65 ans	10.960,60	8.883,00	8.426,60
Titulaire de moins de 65 ans			
Titulaire de 65 ans provenant de Grande Invalidité	10.273,20	8.309,00	7.851,20
	16.441,60	13.325,20	12.640,60
<u>Incapacité permanente</u>			
Grande Invalidité.....	16.441,60	13.325,20	12.640,60

TYPE DE PENSIÓN	TITULAIRES		
	Avec conjoint à charge €/an	Sans conjoint : Unité Économique Unipersonnelle €/an	Avec conjoint à charge €/an
Absolue.....	10.960,60	8.883,00	8.426,60
Total : Titulaire de 65 ans	10.960,60	8.883,00	8.426,60
Total : Titulaire avec un âge compris entre 60 ans et 64 ans	10.273,20	8.309,00	7.851,20
Total : Découlant de maladie commune de moins de 60 ans	5.524,40	5.524,40	4.993,52
Partielle du régime d'accident de travail :			
Titulaire de 65 ans	10.960,60	8.883,00	8.426,60
<u>Veuvage</u>			
Titulaire avec charges familiales		10.273,20	
Titulaire de 65 ans ou avec incapacité en degré égal ou supérieur à 65%		8.883,00	
Titulaire avec un âge entre 60 et 64 ans		8.309,00	
Titulaire avec moins de 60 ans ...		6.724,20	

TYPE DE PENSION	TITULAIRES		
	Avec conjoint à charge €/an	Sans conjoint : Unité Économique Unipersonnelle €/an	Avec conjoint à charge €/an
<u>Pension pour orphelin</u>			
Par bénéficiaire			2.713,20
Par bénéficiaire incapacité de moins de 18 ans avec un handicap en degré égal ou supérieur à 65%			5.339,60
Dans la pension pour orphelin absolue le minimum sera augmenté en 6.228,60 euros par an distribués, le cas échéant, entre les bénéficiaires			
En faveur de la famille :			
Par bénéficiaire			2.713,20
S'il n'y a pas ni veuf ni orphelin pensionnés :			
Un seul bénéficiaire avec 65 ans			6.559,00
Un seul bénéficiaire de moins de 65 ans			6.178,20
Plusieurs bénéficiaires : Le minimum assigné à chacun des bénéficiaires sera augmenté au montant résultant de partager au prorata 3.991,40 euros par an entre le nombre de bénéficiaires			

- Arrêté ESS/86/2015, du 30 janvier, en vertu duquel on développe les normes légales de cotisation à la Sécurité Sociale, chômage, protection pour cessation d'activité, Fonds de Garantie Salariale et Formation Professionnelle, comprises dans la Loi 36/2014, du 26 décembre, du Budget Général de l'État pour l'année 2015 (Journal Officiel de l'État du 31 janvier 2015).

<http://www.boe.es/boe/dias/2015/01/31/pdfs/BOE-A-2015-847.pdf>

Moyennant cet Arrêté l'on développe les prévisions légales en matière de cotisations sociales pour l'exercice 2015, conformément à ce qui est stipulé dans la Loi 36/2014, du 26 décembre, du Budget Général de l'État pour l'année 2015.

En observant les critères établis dans cette Loi du Budget Général de l'État on modifie les plafonds maximums et minimums de cotisation au Régime Général de la Sécurité Sociale. Le plafond maximum est fixé, à partir du 1^{er} janvier 2015, en 3.606,00 euros. À partir de la date mentionnée, le plafond minimum de cotisation pour les éventualités d'accident de travail et maladie professionnelle sera équivalent au salaire minimum interprofessionnel en vigueur à chaque instant, augmenté par le partage au prorata des perceptions d'échéance supérieure au mois qui perçoit le travailleur, sans qu'on puisse être inférieur à 756,60 euros par mois.

La base maximale de cotisation au Régime Général de la Sécurité Sociale est fixée en 3.606,00 euros par mois ou 120,00 euros par jour. La base minimale pour l'année 2015 est fixée en 756,60 euros par mois ou 25,22 euros par jour.

Les taux de cotisation au Régime Général de la Sécurité Sociale pour l'année 2015 sont le 28,30%, duquel le 23,60% sera à charge de l'entreprise et le 4,70% à la charge du travailleur.

De même, l'on établit que la cotisation additionnelle par les heures extraordinaires motivées par force majeure sera effectuée en appliquant le taux du 14,00%, duquel le 12,00% sera à la charge de l'entreprise et le 2,00% à la charge du travailleur.

La cotisation additionnelle par les heures extraordinaires qui n'auraient pas la considération mentionnée dans le paragraphe précédent sera effectuée en appliquant le taux du 28,30%, duquel le 23,60% sera à la charge de l'entreprise et le 4,70% à la charge du travailleur.

Pour les éventualités d'accidents de travail et maladies professionnelles on appliquera les taux du tarif de primes établi dans la disposition additionnelle quatrième de la Loi 42/2006, du 28 décembre, du Budget Général de l'État pour l'année 2007, dans la rédaction donnée par la disposition finale dix-neuvième

de la Loi 22/2013, du 23 décembre, du Budget Général de l'État pour l'année 2014, tout en étant les primes résultantes à la charge exclusive de l'entreprise.

On fixe également, les bases et taux de cotisation spécifiques pour les différents Régimes Spéciaux qui intègrent le système de la Sécurité Sociale.

Enfin, on établit les taux applicables pour la cotisation à la Sécurité Sociale en d'autres cas spécifiques, comme sont ceux de Convention Spécial, collaboration dans la gestion ou l'exclusion de quelque éventualité.

- Loi 25/2015, du 28 juillet, de mécanisme de seconde chance, réduction de la charge financière et d'autres mesures d'ordre social (Journal Officiel de l'État du 29 juillet 2015).

<http://www.boe.es/boe/dias/2015/07/29/pdfs/BOE-A-2015-8469.pdf>

La disposition finale sixième de la loi 25/2015, modifie l'article 7.1 de la Loi 32/2010, du 5 août, en vertu de laquelle l'on établit un système spécifique de protection pour cessation d'activité des travailleurs indépendants, qui est rédigé aux termes suivants :

1. Les travailleurs indépendants qui remplissent les conditions établies dans l'article 4 devront demander à la même Mutuelle Collaboratrice avec la Sécurité Sociale à laquelle se trouvent adhérents la reconnaissance du droit à la protection pour cessation d'activité.

En ce qui concerne les travailleurs indépendants qui ne se trouvent pas adhérents à une Mutuelle, sera d'application ce qui est établi dans la disposition additionnelle quatrième.

Cette reconnaissance impliquera la naissance du droit à la jouissance de la correspondante prestation économique, à partir du premier jour immédiatement suivant à celui-là où l'on a eu lieu le fait donnant lieu à la cessation de l'activité.

Lorsque le travailleur indépendant économiquement dépendant aurait terminé sa relation avec le client principal, pour avoir droit à la jouissance de la prestation, ne pourra pas avoir activité avec d'autres clients à partir du jour où l'on commence le paiement de la prestation.

- Décret Royal 839/2015, du 21 septembre, en vertu duquel on modifie le Décret Royal 369/1999, du 5 mars, sur les termes et conditions d'inclusion dans le Régime Général de la Sécurité Sociale des ministres de culte des églises appartenants à la Fédération d'Entités Religieuses Évangéliques de l'Espagne (Journal Officiel de l'État du 22 septembre 2015).

<http://www.boe.es/boe/dias/2015/09/22/pdfs/BOE-A-2015-10146.pdf>

Dans son Exposé des Motifs cette norme établit que moyennant le Décret Royal 369/1999, du 5 mars, sur termes et conditions d'inclusion dans le régime Général de la Sécurité Sociale des ministres de culte des églises appartenants à la Fédération d'Entités religieuses Évangéliques de l'Espagne, on a procédé

à l'intégration définitive dans le Régime Général de la Sécurité Sociale des ministres de culte de toutes les églises groupées en cette Fédération (FEREDE), en développement de la prévision effectuée à cet égard dans l'article 5 de l'Accord de Coopération de l'État avec FEREDÉ, souscrit le 28 avril 1992 et adopté par la Loi 24/1992, du 10 novembre.

Par conséquent, c'est à partir de ce moment lorsque naît l'obligation légale de faire l'inscription au Régime Général de la Sécurité Sociale de tous ces ministres de culte qui rempliraient les conditions établies dans l'article 2 de ce décret royal, indépendamment de leur âge.

Dans cette norme n'on comprenait pas aucune clause destinée à rendre possible que ces ministres de culte qui se trouvaient en d'âges proches de l'âge de la retraite et justifieraient avoir exercé cette activité dans un moment précédent au 1^{er} mai 1999, date d'entrée en vigueur du décret royal, pourraient déposer les cotisations correspondantes et réunir de cette façon la période de carence nécessaire pour accéder à la pension de la retraite, ainsi qu'aux pensions d'incapacité permanente ou mort ou survivance, une clause que si est prévue pour le Clergé Diocésain de l'Église Catholique dans l'Arrêté du 19 décembre 1977, en vertu duquel l'on règle certains aspects concernant l'inclusion du Clergé Diocésain de l'Église Catholique dans le Régime Général de la Sécurité Sociale.

Devant cette faute de prévision, un pasteur évangélique a interjeté une demande contre le Royaume de l'Espagne en réclamation de pension de retraite, qui a eu le point culminant avec l'arrêt rendu par la Cour Européenne des Droits Humains en date du 3 avril 2012, où l'on reconnaît que faute d'une réglementation permettant la reconnaissance des périodes comme cotisées précédentes à l'inclusion au Régime Général de la Sécurité Sociale des ministres de culte des églises appartenants à FEREDÉ, a eu une violation de l'article 14 de la Convention Européenne pour la Protection des Droits Humains et les Libertés Fondamentales qui interdit la discrimination par des motifs religieux.

Pour cela, et dans le but d'éviter des traitements inégaux, on considère convenable effectuer une modification du Décret Royal 369/1999, du 5 mars, en procédant à comprendre une nouvelle disposition additionnelle comparable, en ce qui concerne la reconnaissance initiale des prestations de la retraite, incapacité permanente et mort et survivance, à celle qui a été dictée ou promulguée à l'époque pour le Clergé Diocésain de l'Église Catholique dans l'Arrêté du 19 décembre 1977.

Le domaine d'application de cette nouvelle disposition additionnelle s'étend aussi aux ministres de culte de l'Union d'Églises Chrétiennes Adventistes du Septième Jour en Espagne, bien qu'en référence à 1^{er} mai 1987, pour être celle-ci la date où a eu effets leur intégration dans le Régime Général de la Sécurité Sociale, effectuée moyennant l'Arrêté du 2 mars 1987.

- Loi 47/2015, du 21 octobre, régulatrice de la protection sociale des personnes travailleuses du secteur maritime-de pêche (Journal Officiel de l'État du 22 octobre 2015).

<http://www.boe.es/boe/dias/2015/10/22/pdfs/BOE-A-2015-11346.pdf>

Cette loi répond, tel qu'on indique dans son préambule, au besoin de faire un pas en avant dans le processus d'adaptation réglementaire et procéder à la réélaboration d'un nouveau texte légal qui réglemente tant le Régime Spécial de la Sécurité Sociale des Travailleurs de Mer que le reste de prestations et services gérés par l'Institut Social de la Marine comme entité chargée ou responsable de la protection et la problématique sociale du secteur maritime-de pêche.

Dans le chapitre III du Titre I de cette Loi, concernant la cotisation, on maintient la particularité en ce qui concerne la détermination des assiettes de cotisation dans le cas des personnes travailleuses rémunérées à la partie et en cohérence avec l'intégration de nouveaux collectifs de personnes travailleuses indépendantes et de la suppression des armateurs assimilés à salariés, on comprend dans les trois groupes de cotisation existants tant à personnes travailleuses salariées qu'à personnes travailleuses indépendantes, tout en maintenant les particularités en ce qui concerne l'application de taux de correction exclusivement pour les groupes deuxième et troisième.

De même, on comprend comme nouveauté l'incompatibilité d'appliquer les taux de réduction avec toute autre réduction ou ristourne dans la cotisation, sauf qu'expressément l'on dispose le contraire.

Le titre III de la loi recueille une sorte de dispositions sur la gestion effectuée par l'Institut Social de la Marine comme entité chargée de la protection sociale des personnes travailleuses du secteur maritime-de pêche, ainsi que leur régime économique et financier.

Cette loi répond, tel qu'on indique dans son préambule, au besoin de faire un pas en avant dans le processus d'adaptation réglementaire et procéder à la réélaboration d'un nouveau texte légal qui réglemente tant le Régime Spécial de la Sécurité Sociale des Travailleurs de Mer que le reste de prestations et services gérés par l'Institut Social de la Marine comme entité responsable de la protection et problématique sociale du secteur maritime-de pêche.

Ce sont plusieurs les raisons qui conseillent d'entreprendre cette action institutionnelle: l'obsolescence du texte en vigueur régulateur du Régime Spécial, la déjà mentionnée profusion réglementaire promulguée postérieurement à l'entrée en vigueur du texte refondu de 1974, la complexité du Régime Spécial, notamment perceptible en matières comme le champ d'application, la cotisation et l'action protectrice, avec une spéciale attention à la prestation de la retraite, la coexistence dans un même Régime de la Sécurité Sociale de personnes travailleuses salariés et de personnes travailleuses indépendantes, auxquelles il faut ajouter, par conséquent, la figure de la personne travailleuse assimilée, qui ajoutent une plus grande complexité, à supposer que cela soit possible, à la définition de la personne travailleuse de la mer aux effets de protection, ainsi que l'inexistence d'une norme avec rang légal qui réglemente les prestations et services adressés aux personnes travailleuses du secteur maritime-de pêche et qui vont plus loin des prestations de la Sécurité Sociale.

De même, la quantité et la variété des normes réglementaires promulguées en exécution et développement du texte refondu en vigueur exigent une mise à jour de la teneur de celui-ci, afin de maintenir le principe de cohérence réglementaire et le besoin d'adapter la réglementation spécifique du Régime Spécial de la Sécurité Sociale des Travailleurs de Mer et des différentes prestations non comprises dans le système de la Sécurité Sociale à la réalité sociale et économique du secteur maritime-de pêche.

Le titre I de la loi réglemente le Régime Spécial de la Sécurité Sociale des Travailleurs de Mer.

Les principaux objectifs poursuivis par la loi pour la réglementation de ce Régime Spécial sont ceux de définir le champ d'application, réglementé dans le chapitre I en attendant aux demandes effectuées par le secteur, à la doctrine jurisprudentielle, aux changements opérés dans la forme d'organisation du secteur et à l'évolution elle-même du mentionné secteur maritime-de pêche.

En premier lieu, on continue à maintenir dans le Régime Spécial de la Sécurité sociale des Travailleurs de Mer à ces personnes travailleuses qui exercent une activité maritime-de pêche à bord, enrôlées comme techniciens ou membres de l'équipage, mais on comprend comme nouveauté à certains collectifs qui, bien qu'ils ne développent une activité professionnelle qui ait strictement cette nature, l'on considère qui doivent être protégés par le mentionné Régime Spécial au moment d'exercer l'activité à bord d'un bateau, comme c'est le cas du personnel de recherche, observateurs de pêche et personnel de sécurité.

Par ailleurs, on comprend pour première fois le terme aquaculture, dans le but de grouper sous cette dénomination plusieurs activités classées dans le Régime Spécial, tout en étant exclues de celle-ci les personnes travailleuses qui prêtent des services en entreprises consacrées à l'aquaculture en zone terrestre. De même, on comprend les scaphandriers professionnels, qui jusqu'à maintenant n'étaient compris qu'au Régime Spécial de la Sécurité Sociale des Travailleurs de Mer lorsqu'ils prêtaient leurs services dans une entreprise maritime-de pêche, en étant exclus les services récréatifs.

En ce qui concerne les arrimeurs portuaires et devant la grande problématique née dans les dernières années en ce qui concerne la demande d'inclusion de personnes travailleuses dans ce Régime Spécial comme tels arrimeurs lorsqu'ils n'exercent pas d'activités d'arrimage portuaire, on comprend une définition de l'arrimeur portuaire, en le configurant comme celui-là qui exerce les activités qui intègrent le service portuaire de manutention de marchandises visées à l'article 130 du texte refondu de la Loi de Ports de l'État et de la Marine Marchande, adopté par le Décret-loi Royal 2/2011.

On continue à comprendre les travaux de caractère administratif, technicien ou subalterne des entreprises maritimes-de pêche et des associations de pêcheurs et d'autres organisations du secteur et l'on intègre, comme nouveauté, les travaux administratifs d'entreprises d'arrimage et entités de mise à disposition de personnes travailleuses à ces entreprises à la condition qu'elles développent leur activité exclusivement dans le domaine portuaire, tout en comparant leur traitement à celles-là.

Dans l'inclusion qu'on fait on différencie clairement le travail administratif de ces entreprises du travail développé par l'arrimeur, de sorte que le premier n'entraîne pas l'application de taux de réduction de l'âge de la retraite que si sont d'application au second travail.

De même, on a configuré le Régime Spécial avec deux grands objectifs, les personnes travailleuses salariés et les personnes travailleuses indépendantes, tout en supprimant des formules juridiques fictives que, bien qu'à un moment donné ont servi pour réglementer certains collectifs, actuellement il ne faut pas maintenir, comme c'est le cas des armateurs assimilés à personnes travailleuses salariées.

De cette façon, dans l'article 4 l'on définit aux personnes travailleuses indépendantes, tout en maintenant comme travailleurs indépendants ceux qui étaient définis comme tels dans le texte refondu de 1974 et en comprenant un nouveau collectif de travailleurs indépendants consacrés à la marine marchande qui, jusqu'à maintenant, étaient classés dans le Régime Spécial de la Sécurité Sociale des Travailleurs Indépendants.

On comprend aussi les travailleurs indépendants s'occupant de l'aquaculture et les scaphandriers professionnels, exclus les récréatifs.

On supprime le collectif des personnes travailleuses assimilées à personnes travailleuses salariés, réglementées dans l'article 4 du texte refondu de 1974 puisqu'on considère que ce sont des personnes travailleuses indépendantes avec la seule particularité de qu'elles sont embarquées.

Dans ce Régime Spécial, les bateaux sont considérés comme centres de travail c'est pourquoi on doit exister un lien entre le registre des bateaux qui est géré par l'Institut Social de la Marine et le Registre des Bateaux de la Marine Marchande, une coordination qui est recueillie dans la loi tout en intégrant le caractère obligatoire que les bateaux nationaux figurent inscrits au Registre des Bateaux de la Marine Marchande à titre préalable à l'inscription du bateau à l'Institut Social de la Marine.

On prévoit aussi la possibilité d'inscrire les bateaux étrangers au registre de l'Institut Social de la Marine dans le cas où les membres de l'équipage devraient être classés dans le Régime Spécial de la Sécurité Sociale des travailleurs de Mer.

Dans le Chapitre IV^{ème} du Titre I de cette loi l'on établit l'Action Protectrice, en particulier les spécialités qui correspondent à ce Régime Spécial, tout en renvoyant pour tout le reste à la réglementation générale de la Sécurité Sociale, dans le but d'atteindre un texte maniable et simplifié, en évitant les doublements dans la réglementation.

Le titre II de cette loi réglemente la protection sociale spécifique des personnes travailleuses du secteur maritime-de pêche qui n'ont pas la considération de prestations de la Sécurité Sociale.

- Loi 48/2015, du 29 octobre, du Budget Général de l'État pour l'année 2016 (Journal Officiel de l'État du 30n octobre 2015).

<http://www.boe.es/boe/dias/2015/10/30/pdfs/BOE-A-2015-11644.pdf>

À titre général, les pensions en 2016 sont mises à jour un 0,25%, sauf qui dépassent le plafond maximum des pensions qui, pour l'année 2016, est situé en 2.567,28 euros par mois, auquel cas ne sont pas objet de mise à jour.

En ce qui concerne les compléments à minimums des pensions contributives, l'accès à ceux-ci et le maintien de leur perception dépend de que le pensionné ne perçoive pas des revenus (en marge de la pension elle-même) qui dépassent les 7.116,18 euros par an.

En outre, et en ce qui concerne les pensions nées à partir du 1^{er} janvier 2013, pour l'accès aux compléments à minimums il faut résider sur territoire espagnol.

Dans le cas des pensions minimales en cas d'existence de conjoint à charge, on précise que le conjoint vive avec le pensionné et dépende économiquement de celui-ci, tout en considérant qu'on donne cette condition lorsque le conjoint du pensionné ne soit pas, à son tour, titulaire d'une pension à la charge d'un régime basique public de prévoyance sociale, et à la condition que les revenus du pensionné et de son conjoint, soient inférieurs à 8.301,10 euros annuels.

Pour l'année 2016, le montant de la pension de la Sécurité Sociale, dans la modalité contributive, est fixé en 5.150,60 euros intégraux annuels, et ce montant sera augmenté en 525 euros annuels, dans les cas où le pensionné justifie en faisant foi de manquer de logement en propriété et d'avoir, comme résidence habituelle, un logement loué au pensionné dont le propriétaire n'ait pas avec lui rapport de parenté jusqu'au troisième degré, ni soit pas conjoint ou personne avec laquelle constitue une union stable et vit en commun avec une analogue relation d'affectivité à la relation conjugale.

De même, la LPGE de l'année 2016 fixe les montants des pensions de l'éteinte Assurance Obligatoire de Vieillesse et Invalidité (SOVI) lorsque ne coïncident pas avec d'autres pensions publiques, en 5.698,00 euros.

Par ailleurs, il faut souligner que la disposition finale deuxième de la LPGE de l'année 2016 intègre, dans le domaine de l'action protectrice de la Sécurité Sociale, un complément pour maternité dans les pensions contributives qui a pour but la reconnaissance, moyennant une prestation sociale publique, de la contribution démographique au système de la Sécurité Sociale des femmes qui ont concilié leur carrière professionnelle avec la maternité, ainsi qu'évaluer la dimension de genre en matière des pensions, tout en atténuant les conséquences des discriminations qui ont grevé avec une plus grande intensité aux femmes qu'aux hommes.

À cet effet, on ajoute un nouveau article, le 50 bis, au texte refondu de la Loi Générale de la Sécurité Sociale, adopté par Décret-loi Royal 1/1994, du 20 juin (actuellement l'article 60 du texte refondu en vigueur de la Loi Générale de la Sécurité Sociale, adopté par Décret-loi Royal 8/2015, du 30 octobre) avec la suivante rédaction :

“Article 50 bis. Complément pour maternité dans les pensions contributives du système de la Sécurité Sociale.

1. On reconnaîtra un complément de pension, pour son apport démographique à la Sécurité Sociale aux femmes qui ont eu des enfants naturels ou adoptés et soient bénéficiaires dans tout régime de la Sécurité Sociale de pensions contributives de retraite, veuvage et incapacité permanente.

Ce complément, qui aura à tous les effets nature juridique de pension publique contributive, consistera à un montant équivalent au résultat d'appliquer au montant initial des pensions mentionnées un pourcentage déterminé, qui sera en fonction du nombre d'enfants suivant la suivante échelle :

- Dan le cas de 2 enfants : 5%.
- Dans le cas de 3 enfants : 10%.
- Dans le cas de 4 ou plus enfants : 15%.

Aux effets de déterminer le droit au complément ainsi que son montant uniquement on prendra en considération les enfants nés ou adoptés préalablement au fait donnant lieu à la pension correspondante.

2. Dans le cas où le montant de la pension reconnue initialement dépasse la limite établie dans l'article 47 sans appliquer le complément, la Somme de la pension et du complément ne pourra pas dépasser cette limite augmentée un 50% du complément payé.

De même, si le montant de la pension reconnue atteint la limite établie dans l'article 47 en appliquant seulement partiellement le complément, l'intéressée aura droit en outre à percevoir le 50% de la partie du complément qui dépasse la limite maximale en vigueur à chaque instant.

Dans les cas où légal u réglementairement soit permis par d'autres causes le dépassement de la limite maximale, le complément sera calculé aux termes indiqués dans ce paragraphe, tout en estimant comme montant initial de la pension le montant de la limite maximale en vigueur à chaque instant.

Si la pension à compléter est née par totalisation des périodes d'assurance au prorata temporis, en application de la réglementation internationale, le complément sera calculé sur la pension théorique à laquelle on a droit et au résultat obtenu l'on appliquera le prorata qu'il y ait lieu.

3. Dans ces cas où la pension initialement ouverte n'atteint pas le montant minimum de pensions qui annuellement établit la correspondante Loi du Budget Général de l'État, on reconnaîtra ce montant, tout en prenant en considération les prévisions établies dans l'article 50. À ce montant l'on ajoutera le complément pour enfant, qui sera le résultat d'appliquer le pourcentage qui correspond à la pension initialement calculée.

4. *Le complément de pension ne sera pas d'application dans les cas d'accès anticipé à la retraite par volonté de l'intéressée ni dans les cas de retraite partielle, auxquels font référence, respectivement, les articles 161 bis.2.B) et 166.*

Malgré ce qui précède, on assignera le complément de pension qu'il appartiendra lorsque depuis la retraite partielle l'on accède à la retraite pleine, une fois accompli l'âge qui correspond en chaque cas.

5. *Dans le cas de coïncidence de pensions du système de la Sécurité Sociale, on reconnaîtra le complément pour enfant seulement à une des pensions de la personne bénéficiaire, conformément au suivant ordre de priorité :*

1º À la pension qui soit la plus favorable.

2º Si coïncide une pension de retraite avec une pension de veuvage, le complément sera appliqué à la pension de retraite.

Dans le cas où la somme des pensions reconnues dépasse la limite établie dans l'article 47 sans appliquer le complément, la somme des pensions et du complément ne pourra pas dépasser cette limite augmentée un 50% du complément assigné.

De même, si le montant des pensions reconnues atteint la limite établie dans l'article 47 en appliquant seulement partiellement le complément, l'intéressée aura droit en outre à percevoir le 50% de la partie du complément qui dépasse la limite maximale en vigueur à chaque instant.

Dans les cas où légal ou réglementairement soit permis par d'autres causes le dépassement de la limite maximale, le complément sera calculé aux termes indiqués dans ce paragraphe, tout en estimant comme montant initiale de la somme des pensions simultanées le montant de la limite maximale en vigueur à chaque instant.

6. *Le droit au complément sera soumis au régime juridique de la pension en ce qui concerne la naissance, la durée, la suspension, l'extinction et, le cas échéant, la mise à jour.*

Pour sa part, la disposition finale troisième de la LPGE de l'année 2016 établit que le complément de maternité réglementé dans le mentionné article 50 bis, sera applicable, lorsqu'on donne les circonstances prévues dans celui-ci, aux pensions contributives de retraite, veuvage et incapacité permanente qui soient nées à partir du 1^{er} janvier 2016 et dont la titulaire soit une femme.

Enfin, la disposition finale quatrième de la LPGE modifie le champ d'application établi dans la Loi 47/2015, du 21 octobre, régulatrice de la protection sociale des personnes travailleuses du secteur maritime-de pêche, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016, en établissant que, aux effets de leur classement dans le Régime Spécial de la Sécurité Sociale des Travailleurs de Mer, on reconnaît, comme une spécialité de la province de Biscaye, l'existence du collectif de neskatillas et travailleuses de conditionnement intégré comme des personnes

travailleuses indépendantes dans le groupe troisième de cotisation auquel fait référence l'article 10.

Et la disposition finale onzième de cette Loi réitère l'ajournement au 1^{er} janvier 2017 de la prolongation du congé paternité à quatre semaines dans les cas de naissance, adoption ou accueil, recueilli dans la Loi 9/2009, du 6 octobre.

- Décret-loi Royal 8/2015, du 30 octobre, en vertu de laquelle l'on adopte le texte refondu de la Loi Générale de la Sécurité Sociale (Journal Officiel de l'État du 31 octobre 2015. Correction d'erreurs Journal Officiel de l'État du 11 février 2016).

<http://www.boe.es/boe/dias/2015/10/31/pdfs/BOE-A-2015-11724.pdf>
<http://www.boe.es/boe/dias/2016/02/11/pdfs/BOE-A-2016-1320.pdf>

L'article un.c) de la Loi 20/2014, du 29 octobre, en vertu de laquelle on délègue au Gouvernement le pouvoir de promulguer divers textes refondus, en vertu de ce qui est établi dans l'article 82 et suivants de la Constitution Espagnole, a autorisé le gouvernement à adopter un texte refondu où l'on intégrerait, dûment réglementées, éclaircies et harmonisées, le texte refondu de la Loi Générale de la Sécurité Sociale, adopté par le Décret-loi Royal 1/1994, du 20 juin, et toutes les dispositions légales liées qui sont énumérées dans ce paragraphe, ainsi que les normes avec rang de loi qui les auraient modifié.

À cet effet, les objectifs poursuivis par cette norme sont les suivants :

- L'inclusion dans un seul texte de toutes les lois qui sont à adopter postérieurement au texte refondu de la Loi Générale de la Sécurité Sociale de 1994, qui sont visées au paragraphe c) de l'article un de la Loi 20/2014, du 29 octobre, en harmonisant, en réglementant et en éclaircissant sa teneur avec l'actuelle articulation de la loi, un objectif qui partagerait tout projet de texte refondu dans son respectif domaine.
- Faire du nouveau texte refondu de la Loi Générale de la Sécurité Sociale la norme légale de référence dans ce domaine.
- Doter à toute la réglementation légale intégrée dans le texte refondu d'une structure et systématique cohérentes, tout en procédant pour cela à une profonde restructuration de la nouvelle norme par rapport à la norme précédente.
- Réduire le nombre des dispositions additionnelles qu'il y a dans le texte refondu de 1994. L'augmentation considérable de ces dispositions additionnelles a empêché d'offrir une vision globale et cohérente de celui-ci, ce qui est au détriment de la transparence, l'accessibilité et le rapprochement du citoyen qui était défendu dans le rapport de la CORA et dans la Loi 19/2013, du 9 décembre, de transparence, accès à l'information publique et bon gouvernement.
- Enfin, étant donné le temps écoulé depuis l'adoption du texte refondu de la Loi Générale de la Sécurité Sociale de 1994, qui à son tour a été produit de la refonte d'un texte refondu précédent, on a essayé de mettre à jour certaines

expressions obsolètes ou tombées en désuétude, citations à départements, organismes et institutions disparues; supprimer autorisations et prévisions que sont déjà tombées ou qui ont été accomplies; adapter l'actuelle réglementation aux Directives de technique réglementaire adoptées moyennant Accord du Conseil des Ministres, du 22 juillet 2005; et d'autres exigences propres de l'adaptation d'un texte qui date de l'année 1994.

Ce décret-loi royal et le texte refondu qui adopte a entré en vigueur le 2 janvier 2016.

Sans préjudice de ce qui précède, le complément pour maternité par contribution démographique à la Sécurité Sociale réglementé dans l'article 60 du texte refondu sera d'application, lorsque coïncident les circonstances prévues dans celui-ci, aux pensions contributives qui soient nées à partir du 1^{er} janvier 2016.

Pour sa part, le facteur de durabilité réglementé dans l'article 211 du texte refondu, seulement s'appliquera aux pensions de retraite du système de la Sécurité Sociale qui soient nées à partir du 1^{er} janvier 2019.

- Décret Royal 1150/2015, du 18 décembre, en vertu duquel on modifie le Décret Royal 1299/2006, du 10 novembre, en vertu duquel l'on adopte le tableau de maladies professionnelles au système de la Sécurité Sociale et l'on établit les critères pour leur notification et registre (Journal Officiel de l'État du 19 décembre 2015).

<http://www.boe.es/boe/dias/2015/12/19/pdfs/BOE-A-2015-13874.pdf>

Le Décret Royal 1299/2006, du 10 novembre, en vertu duquel l'on adopte le tableau de maladies professionnelles dans le système de la Sécurité Sociale et l'on établit les critères pour leur notification et registre, comprend le tableau de maladies professionnelles actuellement en vigueur dans le système de la Sécurité Sociale.

Depuis cette date, on a eu lieu d'importants progrès dans les recherches et dans le progrès dans le domaine scientifique et ceuil de la médecine, qui ont permis une meilleure connaissance des mécanismes d'apparition de quelques maladies professionnelles et de leur lien au travail.

Le Décret Royal 1299/2006, du 10 novembre, comprend la liste de maladies professionnelles dans l'annexe 1 et l'on comprend comme annexe 2 la liste complémentaire des maladies dont l'origine professionnelle est soupçonnée et dont l'inclusion dans l'annexe 1, comme maladie professionnelle, pourrait être envisagée à l'avenir.

Dans l'annexe 2, ave le code C601, se trouve le cancer de larynx provoqué par l'inhalation de poussière d'amiante. De même, des solides preuves scientifiques ont mis en évidence qu'il y a une évidente relation entre le cancer de larynx et l'amiante.

Pour sa part, les articles 1 et 2 du Décret Royal 1299/2006, du 10 novembre, déterminent, respectivement, l'adoption du tableau de maladies

professionnelles et la mise à jour sera effectuée par le Ministère de l'Emploi et de la Sécurité Sociale ainsi que l'intégration dans l'annexe 1 des maladies comprises dans l'annexe 2 concernant lesquelles est constatée leur caractère de maladie professionnelle.

À ces effets, on comprend dans l'annexe 1, un tableau de maladies professionnelles (codification), groupe 6, dans les maladies professionnelles provoquées par agents carcinogènes et, en particulier, par l'amiante, un nouveau sous-agent, le cancer de larynx, tout en énumérant également les principales activités associées à ce sous-agent.

Pour sa part, de l'annexe 2, liste complémentaire de maladies dont l'origine professionnelle est soupçonnée et dont l'inclusion dans le tableau de maladies professionnelles pourrait être envisagée à l'avenir (codification), on supprime le cancer de larynx provoqué par l'inhalation de poussière d'amiante, puisqu'on passe à être compris dans la mentionnée annexe 1, tout en procédant également à la nouvelle numération du groupe 6 de l'annexe 2.

- Décret Royal 48/2015, du 29 décembre, sur revalorisation des pensions du système de la Sécurité Sociale et d'autres prestations sociales publiques pour l'exercice de l'année 2016. (Journal Officiel de l'État du 30 décembre 2015).

<http://www.boe.es/boe/dias/2015/12/30/pdfs/BOE-A-2015-14272.pdf>

La Loi 48/2015, du 29 octobre, du Budget de l'État pour l'année 2016, comprend, dans son titre IV^{ème}, les critères de revalorisation des pensions du système de la Sécurité Sociale pour cet exercice, et prévoit leur revalorisation un 0,25%.

Conformément à ces prévisions légales, ce décret royal établit une revalorisation générale des pensions de la Sécurité Sociale, y compris la limite maximale de perception des pensions publiques, du 0,25%.

De la même façon, on fixe une revalorisation du 0,25% des montants minimums des pensions du système de la Sécurité Sociale dans sa modalité contributive, des pensions non contributives de ce système, ainsi que des pensions non simultanées de l'éteinte Assurance Obligatoire de Vieillesse et Invalidité. De même, on met à jour les montants des allocations en faveur des enfants handicapés avec 18 ou plus ans.

Cette norme comprend également comme annexe, un tableau mis à jour des montants de certaines pensions et prestations applicables dans l'année 2016.

TABLEAU DES MONTANTS MINIMUMS DES PENSIONS DE LA MODALITÉ
CONTRIBUTIVE POUR L'ANNÉE 2016

TYPE DE PENSIÓN	TITULAIRES		
	Avec conjoint à charge €/an	Sans conjoint : Unité Économique Unipersonnelle €/an	Avec conjoint à charge €/an
<u>Retraite</u>			
Titulaire avec 65 ans	10.988,60	8.905,40	8.449,00
Titulaire de moins de 65 ans	10.299,80	8.330,00	7.872,20
Titulaire de 65 ans provenant de Grande Invalidité	16.483,60	13.358,80	12.674,20
<u>Incapacité permanente</u>			
Grande Invalidité.....	16.483,60	13.358,80	12.674,20
Absolue.....	10.988,60	8.905,40	8.449,00
Total : Titulire de 65 ans	10.988,60	8.905,40	8.449,00
Total : Titulaire avec un âge compris entre 60 ans et 64 ans	10.299,80	8.330,00	7.872,20
Total : Découlant de maladie commune de moins de 60 ans	5.538,40	5.538,40	5.045,04
Partielle du régime d'accident de travail :			
Titulaire de 65 ans	10.988,60	8.905,40	8.449,00
<u>Veuvage</u>			

TYPE DE PENSIÓN	TITULAIRES		
	Avec conjoint à charge €/an	Sans conjoint : Unité Économique Unipersonnelle €/an	Avec conjoint à charge €/an
Titulaire avec charges familiales		10.299,80	
Titulaire de 65 ans ou avec incapacité en degré égal ou supérieur à 65%		8.905,40	
Titulaire avec un âge entre 60 et 64 ans		8.330,00	
Titulaire avec moins de 60 ans ...		6.742,40	
<u>Pension pour orphelin</u>			
Par bénéficiaire			2.720,20
Par bénéficiaire incapacité de moins de 18 ans avec un handicap en degré égal ou supérieur à 65%			5.353,60
Dans la pension pour orphelin absolue le minimum sera augmenté en 6.228,60 euros par an distribués, le cas échéant, entre les bénéficiaires			
En faveur de la famille :			

TYPE DE PENSIÓN	TITULAIRES		
	Avec conjoint à charge €/an	Sans conjoint : Unité Économique Unipersonnelle €/an	Avec conjoint à charge €/an
Par bénéficiaire			2.720,20
S'il n'y a pas ni veuf ni orphelin pensionnés :			
Un seul bénéficiaire avec 65 ans			6.575,80
Un seul bénéficiaire de moins de 65 ans			6.195,00
Plusieurs bénéficiaires : Le minimum assigné à chacun des bénéficiaires sera augmenté au montant résultant de partager au prorata 3.991,40 euros par an entre le nombre de bénéficiaires			

- Arrêté ESS/70/2016, du 29 janvier, en vertu duquel l'on développe les normes légales de cotisation à la Sécurité Sociale, chômage, protection pour cessation d'activité, Fonds de Garantie Salariale et Formation Professionnelle, comprises dans la Loi 48/2015, du 29 octobre, du Budget Général de l'État pour l'année 2016 (Journal Officiel de l'État du 31 janvier 2016).

<http://www.boe.es/boe/dias/2016/01/30/pdfs/BOE-A-2016-886.pdf>

Moyennant cet Arrêté l'on développe les prévisions légales en matière des cotisations sociales pour l'exercice de l'année 2016, conformément à ce qui est stipulé dans la Loi 48/2015, du 29 octobre, du Budget Général de l'État pour l'année 2016.

En observant les critères établis dans la mentionnée Loi du Budget Général de l'État on modifie les plafonds maximums et minimums de cotisation au Régime Général de la Sécurité Sociale.

Le plafond maximum est fixé, à partir du 1^{er} janvier 2016, en 3.642,00 euros. À partir de cette date, le plafond minimum de cotisation pour les éventualités d'accident de travail et maladie professionnelle sera équivalent au salaire

minimum interprofessionnel en vigueur à chaque instant, augmenté par le partage au prorata des perceptions d'échéance supérieure au mois qui perçoit le travailleur, sans qu'on puisse être inférieur à 764,40 euros par mois.

STATISTIQUES ET DONNÉES NUMÉRIQUES

Le niveau de protection sociale, mesuré par le montant et l'évolution des pensions moyennes et des montants de pension minimales, est reflété dans les suivants tableaux concernant la pension de retraite.

NOMBRE ET PENSION MOYENNE DES PENSIONS DE RETRAITE EN VIGUEUR (Données à 31 décembre)

Pension moyenne en euros/mois

RÉGIMES	2012		2013		2014		2015	
	Nombre de pensions	Pension moyenne						
Régime Général	3.524.023	1.122,29	3.777.590	1.131,15	3.871.399	1.152,28	3.945.023	1.175,20
Régime Spécial des Travailleurs Indépendants	1.205.468	650,04	1.232.836	672,74	1.250.048	682,8	1.256.896	693,39
Régime Spécial des Travailleurs de Mer	71.609	1.124,91	71.765	1.153,23	71.545	1.166,74	70.893	1.182,89
Régime Spécial du Charbon	37.577	1.924,90	37.484	1.977,10	37.581	2.018,12	37.307	2.055,42
Régime Spécial des Employés Domestiques (*)	150.579	509,4						
Accidents du Travail	48.368	970,21	49.455	1010,98	50.295	1041,7	50.771	1070,08
Maladies Professionnelles	11.676	1.618,83	11.569	1.638,83	11.415	1.641,01	11.189	1.642,81
S.O.V.I.	353.563	376,36	342.367	382,68	329.498	382,32	314.896	381,75
Total	5.402.863	956,36	5.523.066	988,44	5.621.781	1008,73	5.686.975	1.030,63

(*) Le Régime Spécial des Employés Domestiques s'est intégré dans le Régime Général.

L'augmentation de la pension moyenne de retraite a été de 3,5% en 2012, de 3,4% en 2013, de 2,1% en 2014 et de 2,2% en 2015. Dans ces années l'augmentation de l'IPC a été de 2,9%, de 0,3%, de -1,0% et de 0,0% respectivement, c'est pourquoi les pensions ont gagné pouvoir d'achat étant donné, d'une part, à l'accroissement nominal de la pension moyenne et, d'autre part, à l'évolution descendante de l'indice des prix.

À partir de l'année 2014 dans le but de garantir la durabilité financière du système des pensions ainsi que la suffisance de celles-ci, comme l'on exige l'article 50 de la Constitution Espagnole, la Loi 23/2013, du 23 décembre, régulatrice du Facteur de Durabilité, qui sera d'application en 2019, et de l'Indice de Revalorisation du Système des Pensions de la Sécurité Sociale établit un nouveau taux de revalorisation, IRP,

applicable annuellement depuis 2014 à toutes les pensions contributives de la Sécurité Sociale.

L'article 48.1 de la Loi Générale de la Sécurité Sociale dispose: "Les pensions de la Sécurité Sociale dans leur modalité contributive, y compris le montant de la pension minimale, seront augmentées au commencement de chaque année en fonction du taux de revalorisation prévu dans la correspondante Loi du Budget Général de l'État".

L'IRP prendra des valeurs entre le 0,25% et l'IPC + 0,50%. Dans la période d'étude (2012-2015), les pensions minimales ont eu la suivante revalorisation :

AUGMENTATION DES PENSIONS MINIMALES 2012-2015

	2012	2013	2014	2015
Variation de l'IPC (déc.-déc.)	2,9	0,3	-1,0	0,0
PENSIONS MINIMALES				
RETRAITE, C/C >=65 ANS	1,00	2,00	0,25	0,25
RETRAITE, C/C < 65 ANS	1,00	2,00	0,25	0,25
RETRAITE, S/C >= 65 AN	1,00	2,00	0,25	0,25
RETRAITE, S/C < 65 ANS	1,00	2,00	0,25	0,25
INCAPACITÉ, C/C				
INCAPACITE, S/C	1,00	2,00	0,25	0,25
VEUVAGE >= 65 ANS				
VEUVAGE 60-64 ANS	1,00	2,00	0,25	0,25
VEUVAGE < 60 ANS	1,00	2,00	0,25	0,25
INCAPACITE, C/C	1,00	2,00	0,25	0,25

PARAGRAHE 4 : ÉGALITÉ DE TRAITEMENT

- 1.- Pendant la période sur laquelle on informe on n'a pas eu des modifications en ce qui concerne l'information fournie dans le rapport précédent sur ce qui a été demandé dans le paragraphe premier de ce paragraphe.
- 2.- L'information qu'il y a actuellement en ce qui concerne la portée des accords bilatéraux et le nombre des personnes touchées tant dans le domaine d'affiliation, que dans le nombre des pensions reconnues sous leur protection, c'est le suivant :

NOMBRE DES PENSIONS NÉES SOUS LA PROTECTION DE NORME INTERNATIONALE

Donnée à 31 décembre

PAYS	2012	2013	2014	2015
PAYS U.E. ET ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN				
Allemagne	160.698	163.586	165.856	166.703
Belgique	14.732	14.865	14.985	14.991
France	225.331	228.881	231.215	231.260
Pays-Bas	27.048	27.832	28.312	28.590
Royaume-Uni	29.554	31.259	32.877	34.025
Reste Pays	22.192	25.093	28.002	31.110
Total	479.555	491.516	501.247	506.679
PAYS AVEC CONVENTION BILATERALE				
Andorre	5.969	6.350	6.704	6.984
Argentine	12.369	12.746	13.060	13.187
Australie	5.594	5.731	5.809	5.870
Brésil	6.613	6.582	6.447	6.295
États-Unis	6.129	6.364	6.529	6.690
Suisse	101.444	106.554	111.030	114.463
Uruguay	4.557	4.819	5.047	5.253
Venezuela	10.203	10.532	10.724	10.968

Reste Pays	15.542	17370	19.523	21.794
Total	168.420	177.048	184.873	191.504
TOTAL PENSIONS	647.975	668.564	686.120	698.183

Source : Sécurité sociale. Ne comprend pas les pensions de l'I.S.M.

NOMBRE D’AFFILIÉS ÉTRANGERS PAR PAYS D’ORIGINE

Données à 30 décembre

PAYS	2012	2013	2014	2015
UNION EUROPÉENNE				
ALLEMAGNE	35.797	35.411	35.526	36.169
BULGARIE	52.234	48.752	48.397	50.833
FRANCE	34.561	34.296	35.571	37.778
ITALIE	57.483	58.578	64.180	72.464
POLOGNE	23.508	21.733	22.217	23.012
PORTUGAL	39.891	36.897	37.505	39.604
ROYAUME-UNI	50.669	51.201	53.040	55.516
ROUMANIE	258.613	240.406	263.787	282.245
RESTE PAYS U.E.	51.130	51.814	54.015	57.658
TOTAL U.E.	603.886	579.088	614.238	655.279
PAYS NON UNION EUROPÉENNE				
ARGENTINE	33.424	29.540	27.418	27.468
BOLIVIE	80.418	69.221	58.268	54.088
CHINE	88.102	89.550	92.375	94.562
COLOMBIE	77.759	61.099	51.904	50.506
ÉQUATEUR	104.642	82.428	69.959	66.703
MAROC	192.809	184.728	188.265	202.109
PARAGUAY	31.374	32.187	32.027	32.940
PÉROU	52.583	41.355	33.041	30.574
UKRAINE	32.792	33.112	34.843	37.706
RESTE PAYS NON U.E.	327.137	323.394	327.011	354.417
TOTAL PAYS NON UNION EUROPÉENNE	1.021.040	946.614	915.111	951.073
TOTAL ÉTRANGERS	1.624.926	1.525.702	1.529.349	1.606.352

Source: Sécurité Sociale

INFORMATION DES RÉSULTATS ÉCONOMIQUES DU SYSTÈME DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.

La Sécurité Sociale a eu d'excédents continus dans la première décennie du 2000, tout en coïncidant avec une période favorable et de croissance de l'emploi. Même dans l'année 2008 bien que l'économie a augmenté seulement un 0,9% et l'emploi s'est réduit jusqu'au -0,6%, l'excédent de la Sécurité Sociale a été du 1,3% du PIB.

Dans l'année 2009 avec une baisse dans le P.I.B. du -3,7% et une réduction de l'emploi jusqu'au -6,6%, la Sécurité Sociale a eu un excédent du 0,8% du P.I.B., et la même chose en 2010.

Cela dit la persistance de la baisse ou réduction de l'emploi a provoqué que l'exercice 2011 serait clôturé avec un déficit de -487,3 millions d'euros, dans l'exercice 2012 le déficit a été de -5.812,79 millions d'euros, et en 2013 le déficit s'est élevé à -8.725,36 millions d'euros. En 2014 le déficit a été de -13.762,32 tout en représentant un 1,3% du PIB.

Sur les résultats économiques du système de la Sécurité Sociale en ce qui concerne la teneur générale de l'article 12, il faut souligner que, dans les dernières années, le solde budgétaire est à se dégrader tout au long de la période 2012-2014, tel qu'on observe dans le tableau suivant :

DÉFICIT DU SYSTÈME DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (Période 2012-2014)

Millions d'euros)

	2012	PIB%	2013	PIB%	2014	PIB%
Déficit	-5.812,79	-0,55	-8.725,36	-0,83	-13.762,32	-1,30

À la suite de l'évolution décrite, postérieurement à l'année 2011 on n'a pas eu des dotations au fonds de réserve. À partir de l'année 2012 il a fallu disposer de ce fonds dans les suivants montants : dans l'année 2012 on a disposé de 7.003 millions d'euros, en 2013 de 11.648 millions d'euros, en 2014 de 15.300 millions d'euros et jusqu'à 31 décembre 2015 de 13.250 millions d'euros.

Le Fonds de Réserve de la Sécurité Sociale a accumulé un capital provenant des excédents de la gestion de l'incapacité temporaire pour éventualités communes des Mutuelles Collaboratrices avec la Sécurité Sociale de 1.474 millions et des rendements nets de 26.095 millions d'euros.

À 31 décembre 2015, le Fonds de Réserve de la Sécurité Sociale accumule un total de 32.481,32 millions d'euros, ce qui implique un 3% du PIB et une valeur de marché de 35.035,02 millions d'euros (3,24% PIB).

COMPLÉMENT D'INFORMATION AU 25^e RAPPORT DE L'ESPAGNE SUR L'APPLICATION DES DISPOSITIONS DU GROUPE THÉMATIQUE « SANTÉ, SÉCURITÉ SOCIALE ET PROTECTION SOCIALE » DEMANDÉ PAR LE COMITÉ EUROPÉEN DES DROITS SOCIAUX DANS SON RAPPORT « SPAIN XX-2 (2013) »

Les informations figurant ci-après se rapportent au document « Conclusions Spain XX-2 (2013) » contenant les observations au 25^e rapport de l'Espagne sur l'application des dispositions de la Charte sociale européenne pour la période comprise entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2011.

En ce qui concerne les observations relatives à l'application de l'article 12.1, nous souhaitons apporter les précisions suivantes.

1. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les personnes couvertes par le catalogue de prestations du système de sécurité sociale espagnol.

À cet égard, nous précisons que notre système de sécurité sociale est un système à caractère contributif et qu'il couvre donc, par le biais des prestations contributives, toutes les personnes affiliées et déclarées à la sécurité sociale. Les informations demandées figurent dans les tableaux contenant les données sur le marché du travail, le taux d'occupation et le nombre d'affiliés (pages 2, 3 et 4 du présent document).

2. En ce qui concerne les soins de santé, le rapport devrait mentionner le pourcentage de personnes sans protection par rapport à la population totale.

Le décret-loi royal 16/2012 du 20 avril 2012 portant adoption de mesures urgentes pour garantir la durabilité du système national de santé et améliorer la qualité et la sécurité de ses prestations, garantit le caractère universel du droit aux soins de santé en Espagne.

En Espagne, ont droit aux soins de santé à charge de la sécurité sociale :

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

Les personnes qui n'appartiennent à aucune des catégories ci-dessus, de nationalité espagnole ou ressortissant d'un pays de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de Suisse et résidant en Espagne, ainsi que les étrangers titulaires d'une autorisation de résidence sur le territoire espagnol, peuvent bénéficier de la qualité d'assuré à condition de pouvoir justifier des revenus inférieurs à la limite fixée par voie réglementaire (100 000 euros par an).

(Article 3, paragraphes 2 et 3, de la loi 16/2003 du 28 mai 2003, sur la cohésion et la qualité du système national de santé).

TRAVAILLEURS SALARIÉS		
		% COUVERTURE DE SANTÉ
RÉGIME GÉNÉRAL	12 838 180	100%
RÉGIME SPÉCIAL AGRICOLE	757 267	100%
MINES ET CHARBON	3 425	100%
RÉGIME DE LA MER	48 660	100%
RÉGIME DOMESTIQUE	430 066	
Total salariés	14 077 598	100%
TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS		
		% COUVERTURE DE SANTÉ
RÉGIME SPÉCIAL INDÉPENDANTS	3 172 200	100%
RÉGIME DE LA MER	14 972	100%
Total indépendants	3 187 172	100%
AYANT DROIT À LA PROTECTION EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ	3 187 172	100%
TRAVAILLEURS SALARIÉS ET INDÉPENDANTS		
		% COUVERTURE DE SANTÉ
TOTAL (salariés et indépendants)	17 264 770	100%
AYANT DROIT A LA PROTECTION EN MATIERE DE SOINS DE SANTÉ	17 264 770	100%

		% COUVERTURE DE SANTÉ
RÉSIDENTS (INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE - INE)	46 423 064	
ACTIFS AYANT DROIT À LA PROTECTION EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ	17 264 770	37,19%

		% COUVERTURE DE SANTÉ
Total RÉSIDENTS (INE)	46 423 064	
RÉSIDENTS AYANT DROIT À LA PROTECTION EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ	45 412 245	97,82%

3. Pour les bénéficiaires de prestations contributives (chômage, maladie, maternité et pensions), il est demandé de fournir le pourcentage de personnes couvertes par rapport à la population totale.

Comme précédemment indiqué au point 1, nous rappelons que le système de sécurité sociale est un système à caractère contributif et que de ce fait, il couvre, au moyen des prestations contributives, toutes les personnes affiliées et déclarées à la sécurité sociale. Par conséquent, les informations figurant dans le présent rapport (chiffres sur le marché du travail, taux d'occupation et nombre d'affiliés) répondent à la question posée par le Comité (voir pages 2, 3 et 4).

4. Le Comité signale que le prochain rapport devrait fournir des informations sur la base de l'IPREM utilisé pour calculer les prestations minimales, ainsi que toute autre prestation supplémentaire, perçues par les personnes bénéficiant du montant minimal en matière de prestations de chômage.

Comme signalé dans le rapport présenté, l'IPREM est utilisé pour déterminer les prestations non contributives.

Les prestations contributives sont calculées à partir de l'assiette de cotisation des travailleurs correspondant au mois immédiatement antérieur à l'éventualité ouvrant droit à la prestation.

Au paragraphe relatif à la prestation d'incapacité temporaire (*sickness benefit*) apparaissent les montants des prestations d'incapacité temporaire obtenus sur la base du salaire moyen d'un travailleur manuel et il y est dit en conclusion que lesdits montants « sont inférieurs à 50% des revenus moyens ». Si l'on considère les montants mentionnés (32 euros du 1^{er} au 20^e jour, et 40 euros du 21^e au 30^e jour), le montant de la prestation I.T. serait de 1040 euros/mois, alors que le montant de l'IPREM est de 532,51 euros/mois.

Les règles pour le versement des prestations d'incapacité temporaire et de maternité sont fixées dans la loi générale sur la sécurité sociale. Dans les deux cas, le montant versé est un pourcentage de l'assiette de cotisation du travailleur correspondant au mois précédant l'arrêt. La prestation perçue par un travailleur varie donc en fonction de son assiette de cotisation. La prestation minimale garantie correspond à l'assiette minimale de cotisation en vigueur, soit 756,60 €/mois pour l'année 2015 (25,52 €/jour).

Quant à la prestation d'incapacité temporaire, entre le 4^e et le 20^e jour de l'arrêt maladie, le montant perçu s'élève à 60% de l'assiette de cotisation (15,13 €/jour) et à partir du 21^e jour, à 75% (19,14 €/jour).

5. Le Comité demande quel est le montant minimum de la prestation d'invalidité et de maternité :

- En ce qui concerne les pensions d'invalidité, les montants minimaux des pensions contributives et non contributives sont fixés chaque année dans la loi sur le budget général.
- En ce qui concerne la maternité, la prestation versée représente 100% de l'assiette de cotisation du mois immédiatement antérieur à la prise du congé de maternité. La prestation de maternité non contributive correspond à 100% de l'IPREM.

Pour la prestation de maternité et de paternité, le montant perçu s'élève à 100% de l'assiette de cotisation, le montant minimal mensuel s'élevant donc à 756,60 €/mois, dans le cas d'un travailleur à temps complet.

Il ressort de l'interprétation du Comité que les niveaux minimaux des prestations sociales seraient liés au montant de l'IPREM (le plafond de la prestation d'incapacité temporaire serait fixé à hauteur de 60% de l'IPREM, soit 4473 euros/an). Or, les prestations contributives du système de sécurité sociale, et plus concrètement les prestations d'incapacité temporaire, ne sont pas liées à l'IPREM. En règle générale, et dans le cas où l'éventualité ouvrant droit à la prestation résulte d'un risque ordinaire, la base de calcul de la prestation d'incapacité temporaire est le résultat de l'opération consistant à diviser l'assiette de cotisation du mois précédent la date de début de l'incapacité par le nombre de jours auxquels se rapporte ladite cotisation (dans le cas d'un salaire mensuel : 30).

En ce qui concerne les montants minimaux de la pension d'incapacité permanente, pour la période considérée (2008-2011), ces montants sont les suivants :

MONTANT ANNUEL DES PENSIONS MINIMALES D'INCAPACITÉ PERMANENTE 2008-2011

TYPE PENSION	DE	2008		2009			2010			2011		
		Avec conjoint à charge	Sans conjoint à charge	Avec conjoint à charge	Sans conjoint à charge	Avec conjoint non à charge	Avec conjoint à charge	Sans conjoint à charge	Avec conjoint non à charge	Avec conjoint à charge	Sans conjoint à charge	Avec conjoint non à charge
INCAPACITÉ PERMANENTE												
Grande invalidité		13 888 ,14	11 14 3,30	14 620 ,06	11 792 ,62	11 477 ,62	15 42 6,60	12 503 ,40	11 859 ,40	15 876 ,00	12 867 ,40	12 20 3,80
Invalidité absolue et totale (65 ans)		9 258, 76	7 428 ,82	9 746, 66	7 861, 70	7 651, 70	10 28 4,40	8 335, 60	7 905, 80	10 584 ,00	8 577, 80	8 135, 40
Total (pour les bénéficiaires âgés de 60 à 64 ans)		8 653, 12	6 922 ,16	9 122, 82	7 339, 92	7 129, 92	9 639 ,00	7 796, 60	7 366, 80	9 919, 00	8 023, 40	7 581, 00
Total : résultat d'une maladie ordinaire (moins de 60 ans)				5 014, 80	5 014, 80	4.805. 46	5 182 ,80	5 182, 80	4 876, 76	5 334, 00	5 334, 00	4 938, 08
Incapacité partielle du régime des accidents du travail (titulaires âgés de 65 ans)		9 258, 76	7 428 ,82	9 746, 66	7 861, 70	7 651, 70	10 28 4,40	8 335, 60	7 905, 80	10 584 ,00	8 577, 80	8 135, 40

Le Comité conclut que la situation en Espagne n'est pas conforme à l'article 12.1 de la Charte sociale européenne, au motif que le montant minimum de la prestation de maladie est manifestement insuffisant. En ce qui concerne cette affirmation, il convient de rappeler que la prestation d'incapacité temporaire n'est soumise à aucun minimum lié à

l'IPREM et que le pourcentage de la prestation est établi à partir de l'assiette de cotisation du travailleur (60% et 75%), laquelle sert à déterminer la base de calcul de la prestation correspondante. Pour un salaire moyen, cette prestation est largement supérieure à l'IPREM, comme nous l'avons signalé.

6/7. Le Comité demande que le rapport suivant fournisse des informations sur les modifications apportées aux autres régimes de la sécurité sociale ayant un impact sur la couverture des prestations, ainsi que sur les niveaux minimaux applicables aux bénéficiaires.

Toutes les modifications légales apportées au cours de ces dernières années ont eu pour objet de simplifier le nombre de régimes de sécurité sociale. Le secteur spécial des employés domestiques et le secteur spécial des travailleurs agricoles salariés ont été intégrés dans le régime général, et le secteur spécial des travailleurs agricoles indépendants a été intégré dans le régime spécial des travailleurs indépendants. Le tableau des prestations de sécurité sociale a été unifié. Les travailleurs affiliés à l'un des régimes existants jouissent du droit à toutes les prestations sur un pied d'égalité et les montants minimaux des prestations sont identiques quel que soit le régime dont relève l'intéressé. Des informations complètes sur ce point sont apportées dans le présent rapport. L'élévation progressive du niveau de sécurité sociale se reflète notamment dans les lois suivantes :

- loi 27/2011 du 1^{er} août 2011 sur la mise à jour, l'adaptation et la modernisation du système de sécurité sociale, prévoyant l'intégration des employés domestiques dans le régime général ;
- loi 28/2011 du 22 septembre 2011 portant intégration du régime spécial agricole dans le régime général.

Par ailleurs, le Comité conclut que l'Espagne n'est pas conforme à l'article 12.4 de la Charte sociale européenne de 1961 au motif que l'égalité de traitement entre les nationaux et les ressortissants de tous les autres États parties à la Charte sociale européenne n'est pas garantie.

8 et 10. En ce qui concerne l'égalité de traitement, les étrangers en situation légale en Espagne, affiliés et déclarés à la sécurité sociale espagnole, jouissent des mêmes droits que les nationaux.

Sur ce point, la loi organique 4/2000 du 1^{er} janvier 2000 sur les droits et les libertés des étrangers en Espagne et leur intégration sociale, établit à l'article 10.1 ce qui suit : « *Les étrangers réunissant les critères prévus dans la présente loi organique et dans les dispositions en portant application ont le droit d'exercer une activité rémunérée, salariée ou indépendante, et ont accès au système de sécurité sociale, conformément au droit en vigueur* ».

En ce qui concerne la réglementation en matière de sécurité sociale, l'article 7 du décret royal législatif 1/1994 du 20 juin 1994 portant approbation de la loi générale sur la sécurité sociale, établit au point 1 que les Espagnols qui résident en Espagne et les étrangers qui résident ou se trouvent légalement dans notre pays sont intégrés dans le système de sécurité sociale, à condition que, dans l'un et l'autre cas, ils exercent une activité sur le territoire national et qu'ils appartiennent à l'une des catégories citées audit article.

9. Le Comité demande que le prochain rapport confirme si le droit à accumuler des périodes d'assurance et d'emploi est garanti aux ressortissants des États non membres de l'UE avec lesquels l'Espagne a souscrit un accord bilatéral.

L'Espagne a signé des conventions bilatérales en matière de sécurité sociale avec 23 pays :

http://www.seg-social.es/Internet_1/Masinformacion/Internacional/Conveniosbilaterales/index.htm

Toutes ces conventions garantissent le principe d'égalité de traitement avec les nationaux, l'exportation des prestations et la totalisation des périodes de cotisation.

L'Espagne a, par ailleurs, ratifié la convention multilatérale ibéroaméricaine de sécurité sociale, qui garantit ces mêmes principes aux pays où la convention est applicable : http://www.seg-social.es/Internet_1/Masinformacion/Internacional/ConvMultIber/index.htm

Par conséquent, l'on peut conclure que la législation espagnole est largement conforme au principe d'égalité de traitement en matière de sécurité sociale à l'égard des étrangers résidant ou se trouvant légalement en Espagne. La reconnaissance à un travailleur étranger des prestations prévues par le système, y compris les prestations familiales, implique que celui-ci respecte la réglementation en vigueur dans les mêmes conditions qu'un travailleur national.

En ce qui concerne les pays ayant souscrit la Charte sociale européenne avec lesquels l'Espagne n'a pas encore conclu d'accord bilatéral en matière de sécurité sociale, nous souhaitons souligner que la signature de tels accords dépend de la volonté politique des gouvernements concernés et que l'Espagne est ouverte à toute négociation.

11. Le Comité entend qu'en matière de prestations familiales, l'égalité de traitement n'est pas garantie aux ressortissants d'autres États membres.

Comme pour toutes les autres prestations, l'accès aux prestations familiales est garanti aux ressortissants d'autres États membres au niveau national et sur le territoire espagnol.

Enfin, en ce qui concerne l'**obligation de résider pendant 10 ans sur le territoire espagnol pour avoir accès à une pension de retraite non contributive**, il convient tout d'abord de signaler que cette condition n'est pas excessive si l'on considère que la réglementation en la matière ne prévoit pas que l'intéressé doive résider en Espagne pendant 10 ans de manière ininterrompue. Les périodes de résidence prises en compte sont celles comprises entre l'âge de 16 ans et l'âge de l'acquisition du droit à la pension (65 ans), avec la seule restriction que deux des dix années requises doivent être consécutives et immédiatement antérieures à la demande de la prestation.

En tout état de cause, la réglementation en matière de prestations non contributives impose le respect de certaines conditions dans le seul but d'éviter des cas de fraude, comme le fait qu'un séjour relativement court puisse donner droit à cette prestation, étant donné que les ressources financières disponibles pour couvrir lesdites prestations proviennent des impôts, ne sont pas illimitées et exigent de la part de tous les citoyens des efforts supplémentaires, en particulier dans une situation de crise comme celle que nous vivons actuellement.

En ce qui concerne les pays de l'Espace économique européen, en vertu du principe d'assimilation des faits, la résidence dans l'un de ces pays est assimilée à la résidence en Espagne aux fins de la justification de la condition de résidence exigée pour avoir accès à la prestation de retraite ou d'incapacité non contributive.

MESURES ADOPTÉES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA RÉGLEMENTATION EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE (DONNÉES DU SERVICE DE L'INSPECTION DU TRAVAIL ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE)

a) Inspection du travail et de la sécurité sociale. Cadre normatif.

Comme nous l'avons précisé au paragraphe relatif à l'application de l'article 3 de la Charte sociale européenne, le système de l'inspection du travail et de la sécurité sociale est actuellement régi par la nouvelle loi portant aménagement du système de l'inspection du travail et de la sécurité sociale, entrée en vigueur le 23 juillet 2015. En ce qui concerne plus particulièrement le respect du droit matériel en lien avec le contenu de l'article 12 de la Charte sociale européenne, l'article 12.1 de la loi 23/2015 prévoit que le contrôle et l'exigence du respect de la réglementation en matière de sécurité sociale incombe à l'Inspection du travail et de la sécurité sociale.

Par ailleurs, la deuxième disposition additionnelle de la nouvelle loi 23/2015 prévoit la création d'un **Bureau de lutte contre la fraude**, en tant qu'« *instance chargée d'impulser et de coordonner l'application des mesures de lutte contre le travail non déclaré, l'emploi irrégulier et la fraude à la sécurité sociale* ».

Pendant la période couverte par le présent rapport, un élan décisif a été donné à la lutte contre l'emploi irrégulier et la fraude à la sécurité sociale. La pierre angulaire sur laquelle repose cette stratégie est le **Plan de lutte contre l'emploi irrégulier et la fraude à la sécurité sociale**, approuvé par l'accord pris en Conseil des ministres le 27 avril 2012 pour la période 2012-2013.

Ce document a été conçu comme un plan intégral doté d'une plus grande portée que les objectifs établis par l'Inspection du travail et de la sécurité sociale dans les plans intégrés établissant leurs objectifs annuels. Il doit permettre de mettre en œuvre des mesures réglementaires et des instruments de coordination entre les différents organismes et services compétents en matière de sécurité sociale et de prestations publiques en général. Les objectifs définis dans ce plan sont les suivants :

- améliorer la prévention de la fraude au travail ;
- renforcer son contrôle ;
- intensifier la coopération administrative ;
- sensibiliser la société.

Conformément aux objectifs fixés dans le plan, diverses mesures normatives ont été adoptées pendant la période couverte par le présent rapport (2011-2015) dans le but d'introduire les réformes nécessaires du cadre juridique en vigueur, notamment la loi 13/2012 du 26 décembre 2012 sur la lutte contre le travail irrégulier, et les modifications apportées au code pénal afin de durcir les peines encourues en cas d'infraction aux droits des travailleurs, d'infraction à la sécurité sociale et de fraude à la sécurité sociale. La finalité de ces nouvelles dispositions est de doter l'administration publique et les juges et tribunaux de nouveaux outils normatifs pour lutter contre l'emploi irrégulier et la fraude à la sécurité sociale, tant d'un point de vue administratif que pénal.

Parmi les mesures introduites sur le plan organisationnel durant cette période afin d'optimiser les ressources du système et d'augmenter l'efficacité des actions d'inspection dans le domaine de la surveillance et du contrôle de la réglementation en matière de

sécurité sociale, il convient de signaler **LE RENFORCEMENT DE LA COOPÉRATION INSTITUTIONNELLE** dans le contrôle de la fraude au travail, tant sur le plan interne, au sein du ministère de l'Emploi et de la Sécurité sociale, que sur le plan externe, en renforçant la coopération avec d'autres ministères et d'autres administrations. Cette mesure a permis de renforcer la coopération entre l'Inspection du travail et de la sécurité sociale et les entités suivantes :

- l'Institut national de la Sécurité sociale, la Trésorerie générale de la sécurité sociale et le Service public national pour l'emploi ;
- le Service juridique de l'administration de la sécurité sociale ;
- le ministère de l'Intérieur et, en particulier, les Forces et Corps de sécurité de l'État ;
- l'agence du Trésor ;
- le ministère de la Justice et le Ministère public.

Une autre mesure de même nature ayant également été adoptée est la création sur le site web du ministère d'une **BOÎTE AUX LETTRES DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE AU TRAVAIL**, afin de permettre aux citoyens de communiquer à l'administration des cas présumés de fraude dont ils ont connaissance, de sorte que l'Inspection du travail et de la sécurité sociale puisse les examiner et, le cas échéant, ouvrir une enquête. Cette boîte aux lettres est ouverte au public depuis le 2 août 2013.

L'objectif de cette initiative est d'impliquer les citoyens en général, et les partenaires sociaux en particulier, dans la communication des différentes formes de fraude dont ils ont connaissance (sécurité sociale, emploi, prévention des risques d'accident du travail) et d'obtenir ainsi une synergie qui permette à l'Inspection du travail et de la sécurité sociale de disposer d'informations directes sur les manquements dans ces différents domaines et de planifier les mesures correspondantes.

Cette initiative sert également à encourager la collaboration des citoyens et à vaincre la réticence éventuelle des travailleurs ou d'autres personnes à signaler les manquements dont ils sont témoins dans le milieu du travail par le biais de la procédure de plainte ordinaire, qui requiert l'identification de la personne qui la dépose.

Une autre mesure mise en œuvre est la **CRÉATION DE DEUX UNITÉS SPÉCIALISÉES**, rattachées à la Direction spéciale de l'inspection du travail et de la sécurité sociale :

- **L'unité spéciale de collaboration et d'appui aux cours et tribunaux et au Ministère public afin de lutter contre l'emploi irrégulier et la fraude à la sécurité sociale**, créée par l'arrêté ministériel ESS/78/2014 du 20 janvier 2014 du ministère de l'Emploi et de la Sécurité sociale : cette unité est chargée, d'une part, de fournir conseils et appui aux cours et tribunaux dans les affaires liées à l'inspection du travail qui pourraient impliquer des responsabilités pénales en matière d'emploi irrégulier et de fraude à la sécurité sociale, et d'autre part, d'harmoniser les procédures au sein du système de l'Inspection du travail et de la sécurité sociale.
- **L'unité d'inspection en matière de formation professionnelle pour l'emploi**, créée par l'arrêté ministériel ESS/1221/2015 du 11 juin 2015 du ministère de l'Emploi et de la Sécurité sociale : cette unité a pour fonction d'assurer une inspection active en matière de formation pour l'emploi lorsque le contrôle incombe à l'administration générale de l'État et de prendre des initiatives d'action et de coordination avec les inspections provinciales, lorsqu'une collaboration s'avère nécessaire.

D'autres **MESURES SUR LE PLAN ORGANISATIONNEL** ont été adoptées, concrètement :

- L'arrêté ministériel ESS/1784/2012 du 2 août 2012 du ministère de l'Emploi et de la Sécurité sociale, portant attribution de **fonctions opérationnelles aux directeurs territoriaux de l'Inspection du travail et de la sécurité sociale** afin d'optimiser leur implication et leur collaboration en matière de planification, de coordination, de programmation et d'exécution des actions de lutte contre l'emploi irrégulier et la fraude à la sécurité sociale.
- La création du poste d'**inspecteur du travail délégué dans les Communautés autonomes**. Cette mesure a pour objectif de renforcer les inspections effectuées par la Direction spéciale de l'inspection du travail et de la sécurité sociale auprès des entreprises opérant à l'échelle nationale grâce à la création de la fonction d'inspecteur délégué, qui permettra d'atteindre un plus grand nombre de ces entreprises et d'éviter les actions quelque peu partielles effectués à ce jour.

Dans cette même optique et dans le cadre des mesures adoptées en vue de rationaliser le système d'inspections, un nouveau projet a été lancé en janvier 2015 afin de promouvoir la lutte contre la fraude. Ce projet, qui repose sur la modernisation des travaux de planification grâce à la création d'un **OUTIL INFORMATIQUE**, permettra de :

- renforcer la collaboration entre les administrations, en facilitant le croisement des informations nécessaires pour lutter contre la fraude ;
- collecter, exploiter et croiser un grand nombre de données.

L'analyse des données obtenues permettra de dresser une carte de la fraude qui servira d'outil pour planifier aussi bien que possible les campagnes de l'Inspection du travail et de la sécurité sociale, de manière à optimiser les ressources du système et l'efficacité des inspections.

Enfin, étant donné son importance, il convient de mentionner l'approbation, le 9 mars 2016, de la décision (UE) 2016/344 du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2016 établissant une **PLATE-FORME EUROPÉENNE AFIN DE RENFORCER LA COOPÉRATION DANS LA LUTTE CONTRE LE TRAVAIL NON DÉCLARÉ**, l'objectif de cette décision étant de renforcer la coopération entre les États membres dans le domaine de la lutte contre le travail non déclaré. L'article 4 de la décision fixe les objectifs à atteindre par cette plate-forme et précise que « *la plate-forme contribue à rendre plus efficaces les actions de l'Union et les actions nationales visant à améliorer les conditions de travail et à faciliter l'intégration sur le marché du travail et l'inclusion sociale, y compris en améliorant l'application de la législation dans ces domaines, ainsi qu'à diminuer le travail non déclaré et à créer des emplois dans l'économie formelle, en évitant ainsi la détérioration de la qualité de l'emploi ainsi que celle de la santé et de la sécurité au travail, de la manière suivante :*

- a) en améliorant la coopération entre les autorités concernées et d'autres acteurs intéressés des États membres, afin de lutter de manière plus efficace et plus effective contre le travail non déclaré sous ses diverses formes et contre le travail faussement déclaré qui y est associé, y compris le faux travail indépendant ;*
- b) en renforçant la capacité des autorités concernées et des acteurs des États membres de lutter contre le travail non déclaré dans ses aspects transfrontaliers et, de cette façon, contribuer à l'égalité des conditions de concurrence ;*

- c) *en sensibilisant davantage le public aux questions liées au travail non déclaré et à la nécessité urgente d'une action appropriée ainsi qu'en encourageant les États membres à intensifier leurs efforts en matière de lutte contre le travail non déclaré ».*

Durant la période de référence qui nous occupe (2011-2015), une série de réformes normatives ont été introduites, ainsi que de nouvelles prescriptions légales et réglementaires, qui ont eu un impact considérable sur la régulation, le fonctionnement et l'action de l'Inspection du travail et de la sécurité sociale, concrètement les lois suivantes :

LOI 3/2012 DU 6 JUILLET 2012 PORTANT ADOPTION DE MESURES URGENTES POUR LA RÉFORME DU MARCHÉ DU TRAVAIL

Cette loi modifie la rédaction du texte refondu de la loi sur les infractions et sanctions dans l'ordre social approuvé par le décret royal législatif 5/2000, et plus concrètement le paragraphe 1 de l'article 40.

LOI 13/2012 DU 26 DÉCEMBRE 2012 RELATIVE À LA LUTTE CONTRE L'EMPLOI IRRÉGULIER ET LA FRAUDE À LA SÉCURITÉ SOCIALE

Cette loi modifie la loi sur les infractions et sanctions dans l'ordre social (décret royal législatif 5/2000 du 4 août 2000), dans le but de définir en des termes plus adaptés à la réalité actuelle l'exigence de responsabilités et le régime des infractions et sanctions dans l'ordre socioprofessionnel.

Parmi les modifications introduites au chapitre III (articles 20 à 32) de ce décret royal, portant sur les infractions en matière de sécurité sociale, il convient de relever, entre autres mesures, les modifications apportées aux paragraphes 4 et 5 de l'article 21 ; aux paragraphes 3 et 6 de l'article 22 ; aux alinéas b) et i) du paragraphe 1 de l'article 23 ; au paragraphe 2 de l'article 23 et au paragraphe 2 de l'article 26. En outre, les nouvelles infractions suivantes sont introduites :

- Articles 22.9 et 23.1.f) : est considéré comme infraction tout manquement de la part d'une entreprise bénéficiant de réductions des charges patronales pour sa contribution particulière à la réduction du nombre d'accidents du travail et la mise en œuvre d'actions effectives visant à prévenir les risques d'accident du travail, en application du décret royal 404/2010 du 31 mars 2010 portant adoption d'un système de réduction des cotisations pour risques professionnels au profit des entreprises ayant contribué de manière particulière à la diminution et à la prévention des accidents du travail.
- Article 22.11 : l'obligation de tout employeur externalisant ou sous-traitant des travaux ou services relevant de son activité, ou réalisés de manière continue dans un centre de travail lui appartenant, de vérifier que les travailleurs effectuant lesdits travaux ou services sont affiliés et déclarés vaut non seulement au début desdits travaux ou services mais également pendant toute la durée de ceux-ci.
- Article 22.12 : est considéré comme infraction grave tout manquement à l'obligation de déclarer à la sécurité sociale et de payer les cotisations correspondant aux salaires versés au titre d'indemnisation après la date de licenciement ou pour les périodes correspondant aux congés qui n'auraient pas été pris avant la fin de la relation de travail.

- Article 22.13 : en cas de suspension de contrat ou de réduction du temps de travail pour des raisons économiques, techniques, organisationnelles ou de production, est considéré comme infraction grave tout manquement à l'obligation de communiquer à l'organisme de gestion les variations par rapport au calendrier initial des jours de suspension ou des heures de réduction du temps de travail. En outre, l'article 23.1.j) établit comme infraction très grave l'occupation des travailleurs concernés par ladite suspension ou réduction pendant la période d'application des mesures de suspension de contrat ou pendant les heures correspondant à la réduction du temps de travail autorisée.
- Article 22.14 : dans ce nouveau paragraphe, est considéré comme infraction grave le fait d'occuper, après les avoir déclarés à la sécurité sociale, des travailleurs demandeurs ou bénéficiaires de prestations périodiques ou de pensions de la sécurité sociale, dont la jouissance est incompatible avec un travail salarié.

Par ailleurs, la loi 13/2012 modifie également le décret royal 5/2000 au chapitre VI relatif aux responsabilités et sanctions (articles 39 à 47) et au chapitre VII relatif aux dispositions communes (articles 48 à 50). Concrètement, un nouvel alinéa contenant les critères objectifs de classement des sanctions en fonction du montant des cotisations non versées est ajouté au paragraphe 2 de l'article 39. Le point e) du paragraphe 1 et le point e) du paragraphe 3 de l'article 40 sont modifiés afin de pouvoir agir avec plus de fermeté dans les situations d'économie irrégulière et de fraude affectant un groupe de travailleurs. Il est ainsi établi que l'augmentation du montant de la sanction est proportionnelle au nombre de personnes affectées par l'infraction. Des modifications sont également apportées aux articles 46 et 46 bis pour que les critères d'application de la perte automatique des aides, bonifications et avantages découlant de l'application de programmes pour l'emploi soient établis proportionnellement au nombre de travailleurs affectés par l'infraction, et pour que lesdits critères soient mentionnés dans le procès-verbal de l'infraction de manière motivée. Pour conclure, les points a) et c) du paragraphe 1 de l'article 47 et le paragraphe 1 de l'article 48 sont également modifiés.

[LOI ORGANIQUE 7/2012 DU 27 DÉCEMBRE 2012 PORTANT MODIFICATION DE LA LOI ORGANIQUE 10/1995 DU 23 NOVEMBRE 1995 SUR LE CODE PÉNAL, EN CE QUI CONCERNE LA TRANSPARENCE ET LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE FISCALE ET SOCIALE](#)

Parmi les modifications normatives adoptées dans le cadre du Plan de lutte contre la fraude et l'emploi irrégulier et les mesures visant à renforcer leur contrôle, il convient de mentionner plus particulièrement la loi organique 7/2012 du 27 décembre 2012 portant réforme du code pénal (loi organique 10/1995 du 23 novembre 1995). L'objectif principal de cette réforme est de durcir les sanctions pénales en cas de violation des droits des travailleurs et d'infraction à la sécurité sociale. Les modifications opérées sont les suivantes :

- Modification de l'article 307 du code pénal afin de réduire le montant minimum déterminant l'existence d'une infraction de fraude en matière de cotisations : ce montant passe de 120 000 à 50 000 euros, et la période de totalisation de 1 à 4 ans.

- Introduction de l'article 307 bis du code pénal établissant qu'il y a infraction aggravée en cas de fraude en matière de cotisations, lorsque les conditions suivantes sont réunies :
 - a) *Le montant des cotisations fraudées ou des restitutions ou déductions indues dépasse les cent vingt mille euros.*
 - b) *La fraude a été commise au sein d'une organisation ou d'un groupe criminel.*
 - c) *L'utilisation de personnes physiques ou morales ou d'entités sans personnalité juridique en tant qu'intermédiaires, de sociétés ou d'instruments fiduciaires ou de paradis fiscaux ou de territoires sans impôts, permet d'occulter ou de rendre plus difficile l'identification de la personne redevable envers la sécurité sociale ou du responsable de l'infraction, la détermination du montant fraudé ou du patrimoine du redevable à la sécurité sociale ou du responsable de l'infraction.*
- Introduction de l'article 307 ter du code pénal, prévoyant un nouveau type d'infraction pour la pénalisation du bénéfice indu de prestations de sécurité sociale ; cette mesure permet d'apporter une réponse au problème posé par les sociétés fictives.
- Modification de l'article 311 du code pénal, afin d'introduire l'infraction pour emploi irrégulier massif de travailleurs salariés, une conduite punissable habituelle dans les ateliers clandestins.

Outre les modifications normatives, diverses mesures administratives ont été prises au sein de l'Inspection du travail. Celles-ci ont permis d'**améliorer l'organisation des ressources du système d'inspection** afin de lutter contre l'emploi irrégulier et la fraude à la sécurité sociale de manière plus organisée et plus efficace.

[LOI 1/2014 DU 28 FÉVRIER 2014 SUR LA PROTECTION DES TRAVAILLEURS À TEMPS PARTIEL ET L'ADOPTION D'AUTRES MESURES URGENTES DANS L'ORDRE ECONOMIQUE ET SOCIAL](#)

Le chapitre III introduit une série de modifications afin de doter d'une plus grande sécurité juridique les bénéficiaires de prestations de chômage et de l'assistance chômage en disposant que les bénéficiaires devront être inscrits en tant que demandeurs d'emploi et maintenir cette inscription en renouvelant la demande d'emploi, pour pouvoir percevoir et conserver les prestations et l'assistance chômage. L'article 8 modifie les articles 22, 24, 25, 47 et 48 du texte refondu de la loi sur les infractions et les sanctions dans l'ordre social, approuvé par le décret royal législatif 5/2000 du 4 août 2000, afin d'adapter le régime des infractions et des sanctions au fait que l'inscription en tant que demandeur d'emploi et le maintien de l'inscription sont désormais des conditions indispensables pour percevoir les prestations et conserver le droit à celles-ci. Par ailleurs, la validité des convocations et communications effectuées par la voie électronique est renforcée, à condition que le bénéficiaire de prestations de chômage ait donné son accord à cette forme de communication.

[LOI 34/2014 DU 26 DÉCEMBRE 2014 PORTANT ADOPTION DE MESURES EN MATIÈRE DE LIQUIDATION ET DE VERSEMENT DES COTISATIONS A LA SÉCURITÉ SOCIALE](#)

Cette loi prévoit la modification de certains textes de loi. L'article 2 modifie certains paragraphes ayant trait aux infractions en matière de sécurité sociale, dans les articles 21,

22, 39 et 50 du texte refondu de la loi sur les infractions et les sanctions dans l'ordre social, approuvé par le décret royal législatif 5/2000 du 4 août 2000, tant en vue de les adapter au nouveau système de liquidation directe des cotisations mis en place par cette loi, que d'établir, d'une part, que le manquement à l'obligation de l'employeur de communiquer à la Trésorerie générale de la Sécurité sociale la totalité des éléments de rétribution versés aux travailleurs constitue une infraction grave, obligation prévue à l'article 109.3 du texte refondu de la loi générale sur la sécurité sociale, et d'autre part, que la dissimulation ou la distorsion des faits déterminant la responsabilité de paiement des cotisations constitue une infraction très grave.

LOI 35/2014 DU 26 DÉCEMBRE 2014 PORTANT MODIFICATION DU TEXTE REFONDU DE LA LOI GÉNÉRALE SUR LA SÉCURITÉ SOCIALE EN CE QUI CONCERNE LE RÉGIME JURIDIQUE DES MUTUELLES DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

La disposition abrogatoire unique de cette loi abroge l'article 44 du texte refondu de la loi sur les infractions et les sanctions dans l'ordre social.

LOI 30/2015 DU 9 SEPTEMBRE 2015 PORTANT RÉGLEMENTATION DU SYSTÈME DE FORMATION PROFESSIONNELLE POUR L'EMPLOI DANS LE MILIEU DU TRAVAIL

Le chapitre IV présente les modifications apportées au décret royal 5/2000 afin de garantir le principe de tolérance zéro à l'égard de la fraude dans la gestion des fonds de formation professionnelle pour l'emploi. Sont ainsi modifiés les paragraphes 2 et 3 de l'article 2, le paragraphe 1 de l'article 5, le paragraphe 9 de l'article 22, le point h) du paragraphe 1 de l'article 23, le point f) du paragraphe 1 de l'article 40 et le paragraphe 1 de l'article 46. En outre, les dispositions suivantes sont introduites :

- Il est ajouté à l'article 22 un paragraphe 15 afin d'établir la responsabilité solidaire des sujets participant à l'obtention frauduleuse d'aides, de subventions et de bonifications et d'introduire un durcissement des sanctions.
- Il est ajouté à l'article 23.2 un nouvel alinéa établissant que pour les infractions signalées au paragraphe 1.h), les organismes de formation ou assumant l'organisation des actions de formation programmées par les entreprises et les demandeurs ou bénéficiaires de subventions et d'aides publiques, devront assumer de manière solidaire la restitution des sommes dont ils ont bénéficié indûment pour chacune des actions de formation.

LOI 23/2015 DU 21 JUILLET 2015 PORTANT AMÉNAGEMENT DU SYSTÈME D'INSPECTION DU TRAVAIL ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

En marge de ce qui a déjà été signalé à propos de l'article 3 de la Charte, cette loi modifie l'article 48 du texte refondu de la loi sur les infractions et les sanctions dans l'ordre social, quant à l'attribution de compétences en matière de sanctions.

b) Résumé des actions menées par l'Inspection du travail et de la sécurité sociale, au regard de l'article 12 de la Charte sociale européenne.

Nous présentons ci-après des tableaux contenant les chiffres relatifs aux actions mises en œuvre par l'Inspection du travail et de la sécurité sociale en matière de sécurité sociale. Le premier tableau présente les données et résultats de l'activité totale menée par l'Inspection

du travail et de la sécurité sociale, ainsi que ses résultats, pour la période 2012-2015. Le deuxième tableau présente les données et résultats de cette activité selon les matières soumises à inspection (affiliation et déclaration de travailleurs à la sécurité sociale, cotisations,...).

**ACTIVITÉ DE L'INSPECTION DU TRAVAIL ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DANS LE DOMAINE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
(Période 2012-2015)¹⁴**

Activité	ANNÉE			
	2012	2013	2014	2015 ¹⁵
Actions ¹⁶	629 665	676 155	648 120	618 934
Infractions ayant fait l'objet d'un procès-verbal	55 460	57 501	62 922	53 074
Montant des sanctions proposées	166 580 888,43€	201 012 024,11€	224 795 405,53€	206 387 305,85
Nombre de travailleurs concernés par les infractions	105 151	105 229	100 405	98 348
Montant des liquidations	988 668 551,49€	1 009 943 531,82€	1 006 636 853,23€	1 006 090 320,60€
Déclarations d'entrée (<i>altas</i>) à la sécurité sociale suite à une action d'inspection	72 302	74 674	79 494	83 583
Sorties (<i>bajas</i>) d'office	36 890	38 710	29 343	16 280

¹⁴ Source : rapports annuels de l'Inspection du travail et de la sécurité sociale (Conventions 81 et 129 de l'OIT). Le rapport pour l'année 2015 n'a pas encore été publié.

¹⁵ Tous les chiffres se rapportant à l'année 2015 sont provisoires.

¹⁶ Les actions d'inspection correspondent au nombre de contrôles effectués en entreprise par les inspecteurs. Lors d'une visite d'inspection dans un centre de travail, plusieurs contrôles dans divers domaines ou sur différentes matières sont généralement effectués.

ACTIVITÉ DE L'INSPECTION DU TRAVAIL ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE PAR MATIÈRES DANS LE DOMAINE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

(Période 2012-2015) A = nombre d'actions menées ; I = nombre d'infractions identifiées

Type d'action	ANNÉE							
	2012		2013		2014		2015 ¹⁷	
	A	I	A	I	A	I	A	I
Immatriculation, affiliation et déclaration d'entrée (<i>alta</i>) de travailleurs	431 638	27 961	456 881	26 994	427 793	26 854	414 018	26 888
Cotisation à la sécurité sociale	100 687	4 327	107 827	4 057	102 557	5 082	101 172	5 010
Collaboration à la gestion	3 475	910	3 463	1 110	3 120	1 055	2 583	812
Prestations. Infractions entreprises	29 674	7 039	30 741	9 370	30 542	11 286	27 293	6 342
Prestations. Infractions travailleurs	26 200	10 147	40 053	12 570	37 626	12 216	24 956	8 941
Mutualités AT et protection des risques professionnels	216	15	149	6	220	8	126	4
Contrats bonifiés	3 394	381	2 890	371	3 871	541	5 840	887
Autres actions en matière de sécurité sociale	34 381	4 680	34 151	3 023	42 391	5 880	35 524	4 184

¹⁷ Tous les chiffres se rapportant à l'année 2015 sont provisoires.

REMARQUES GÉNÉRALES PRÉLIMINAIRES CONCERNANT LES ARTICLES 13 ET 14

La Constitution espagnole de 1978 affirme que l'Espagne se constitue en un État de droit, social et démocratique (**article 1.1**), une affirmation qui est développée principalement au **chapitre III du titre 1^{er}** (« Des principes directeurs de la politique sociale et économique »), qui cite différents groupes (familles, jeunes, personnes handicapées, personnes âgées) et fait référence à l'engagement des pouvoirs publics en faveur du progrès social et économique (article 40), notamment « en assurant à tous les citoyens un régime public de sécurité sociale, qui garantit une assistance et des prestations sociales suffisantes pour faire face aux situations de nécessité, spécialement en cas de chômage » (article 41). Bien que la Constitution se réfère expressément au système de services sociaux uniquement dans le cas des personnes âgées, l'existence d'un système public de services sociaux en tant que pilier de l'État providence apparaît en filigrane tout au long de la Constitution.

Sur ce point, il convient de souligner l'importance des **articles 139.1 et 149.1.1** qui consacrent « les mêmes droits et obligations en quelque lieu que ce soit du territoire de l'État » ainsi que « l'égalité de tous les Espagnols dans l'exercice des droits et l'exécution de leurs devoirs constitutionnels » en tant que principes constitutionnels garants des conditions d'égalité dans l'accès aux droits et le respect des obligations de la part de toutes les personnes en quelque lieu du territoire de l'État.

À ce cadre général s'ajoutent les dispositions de la Constitution en ce qui concerne l'attribution de la **compétence exclusive en matière d'assistance sociale aux Communautés autonomes (148.1.20)**. Cette compétence, qui a été assumée par toutes les Communautés autonomes dans leurs statuts d'autonomie respectifs, a été réaffirmée lors du dernier processus de réformes desdits statuts.

En outre, la **loi 7/85 du 2 avril 1985 sur les collectivités locales** établit, d'après la rédaction de la loi 27/2013 du 27 décembre 2013 sur la rationalisation et la durabilité de l'administration locale, que les communes assument comme compétences propres, dans tous les cas et dans les termes de la législation de l'État et des Communautés autonomes, l'évaluation et l'information relatives à des situations de besoin social ainsi que la prise en charge immédiate des personnes en situation ou en risque d'exclusion sociale. Afin d'éviter des doublons administratifs, d'améliorer la transparence des services publics et les services aux citoyens et, en général, de contribuer aux processus de rationalisation administrative, tout en réalisant des économies nettes en termes de ressources, l'administration de l'État et celles des Communautés autonomes peuvent déléguer, sur la base de critères homogènes les compétences suivantes : **c)** la prestation de services sociaux, la promotion de l'égalité des chances et la prévention de la violence à l'égard des femmes.

Un système public de services sociaux a ainsi été créé, lequel permet de satisfaire aux dispositions des **articles 13 et 14 de la Charte sociale européenne**. La promulgation récente dans certaines Communautés autonomes de lois dites « de troisième génération » marque une étape importante en matière de services sociaux.

Par ailleurs, il y a lieu de souligner qu'au vu des divergences résultant de la distribution des compétences, l'État considère qu'il est nécessaire d'ouvrir des voies de collaboration technique et économique afin de développer le système public de services sociaux de base et la mise en œuvre de programmes sociaux.

À cette fin, des crédits sont prévus chaque année dans le budget général de l'État au titre du programme « Autres services sociaux de l'État ». Ces crédits, inscrits aux postes

budgétaires de l'administration générale de l'État (plus concrètement, du ministère compétent en matière de politiques sociales et d'égalité des chances), sont destinés à toutes les Communautés autonomes (à l'exception de la Navarre et du Pays basque, en raison de leur système de financement spécial) et aux villes ayant un statut d'autonomie (Ceuta et Melilla) pour la réalisation de programmes sociaux. Ces crédits se présentent sous les formes suivantes :

1. Crédits pour le développement de prestations de base de services sociaux par les collectivités locales (« plan concerté ») : ce plan, créé en 1988, est l'un des axes majeurs de la collaboration entre l'État et les Communautés autonomes (et à travers celles-ci, avec les collectivités locales, principalement avec les mairies) ainsi qu'avec les villes de Ceuta et de Melilla.

Le maintien du plan concerté permet d'assurer la conformité aux dispositions de l'article 14.1 visant à garantir l'exercice effectif du droit des citoyen(ne)s aux services sociaux.

Sa finalité est d'assurer des services sociaux appropriés afin de satisfaire les besoins essentiels, et de contribuer à garantir l'universalité des services sociaux de base et des niveaux minimum sur tout le territoire, grâce au cofinancement des trois administrations (générale de l'État, régionale et locale) dans les domaines suivants :

- **information et orientation**
- **aide à l'unité de cohabitation et aide à domicile**
- **solutions d'hébergement**
- **actions spécifiques de prévention et d'insertion sociale**
- **actions destinées à favoriser la solidarité/coopération sociale**

Les projets financés ont pour objet la fourniture et l'entretien des équipements nécessaires à la mise en œuvre des prestations citées, à savoir : les **centres de services sociaux** et les équipements complémentaires (cantines, centres de jour, mini-résidences, appartements accompagnés) ; les **foyers et centres d'accueil** (pour femmes, enfants et polyvalents).

Il y a lieu de signaler que ce sont les services sociaux municipaux qui gèrent les prestations financières d'urgence sociale et les revenus minimum d'insertion.

Le texte de loi régissant la collaboration financière entre l'administration de l'État et celles des Communautés autonomes, est la **résolution** portant publication de l'**accord annuel pris en conseil des ministres**. Ce texte fixe, pour chaque exercice, les critères de répartition ainsi que la répartition résultant des engagements financiers approuvés par le Conseil territorial des services sociaux et du système pour l'autonomie et l'aide à la dépendance, formé par les titulaires du ministère actuel de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité et du secrétariat d'État aux services sociaux et à l'égalité, et par les *Conseillers* régionaux en charge des services sociaux dans les différentes Communautés autonomes et les villes de Ceuta et de Melilla.

Les Communautés autonomes et les villes de Ceuta et de Melilla se chargent de la promotion et de la sélection des projets, qui devront ensuite être gérés par les collectivités locales ou par des organismes publics locaux. Les projets sélectionnés sont présentés au ministère et approuvés conjointement par les deux administrations. En ce qui concerne le financement des projets sélectionnés, le programme impose aux Communautés autonomes et aux villes de Ceuta et de Melilla une contribution financière au moins égale à celle

apportée par le ministère. Les collectivités locales apportent aux projets dont ils assurent la gestion le financement qui aura été fixé conjointement avec la Communauté autonome.

L'administration générale de l'État et l'administration des Communautés autonomes contribuent au suivi et à l'évaluation des actions et des projets cofinancés, par l'intermédiaire de la Commission déléguée du Conseil territorial dont font partie la titulaire de l'actuelle Direction générale des services à la famille et à l'enfance ainsi que les directeurs généraux/directrices générales des services sociaux et de l'inclusion sociale des Communautés autonomes et de la Fédération espagnole de communes et de provinces (FEMP).

Des groupes thématiques de coopération technique sont mis en place avec les Communautés autonomes (et les villes de Ceuta et de Melilla) concernées par les programmes, et avec la Fédération espagnole de communes et de provinces.

Le tableau suivant présente les données relatives au nombre de projets approuvés et le cofinancement budgétisé des trois administrations, tel que prévu dans le plan concerté (données de la phase de présentation des projets à cofinancer), pour les exercices 2012 à 2015.

ANNÉES	NOMBRE DE PROJETS APPROUVÉS	MINISTÈRE		C.A.		C.L.		TOTAL ANNÉE
		% PART.	CONTRIB.	% PART.	CONTRIB.	% PART.	CONTRIB.	
2012	1392	5,40	47 288 840	34,38	300 990 489	60,22	527 307 652	875 586 981
2013	1253	3,26	27 593 730	36,87	311 763 853	59,87	506 206 420	845 564 003
2014	1257	3,09	27 413 730	35,97	319 414 624	60,94	541 140 221	887 968 575
2015	1258	3,05	27 413 730	35,50	319 095 574	61,45	552 458 345	898 967 649
TOTAL EUROS			129 710 030		1 251 264 540		2 127 112 638	3 508 087 208

2. Plan de développement gitan : créé en 1989, ce plan a pour objectif de répondre aux besoins des groupes gitans les plus défavorisés et de promouvoir le développement du peuple gitan, dans le cadre des engagements souscrits par le gouvernement dans la Stratégie nationale pour l'inclusion de la population gitane en Espagne (2012-2020) et dans son plan opérationnel 2014-2016, ainsi que dans le Plan national d'action pour l'inclusion sociale du Royaume d'Espagne (2013-2016).

Les projets d'intervention sociale pour la prise en charge, la prévention de la marginalisation et l'insertion du peuple gitan, se caractérisent essentiellement par leur caractère intégral, de telle sorte que des actions simultanées d'intervention sont menées dans les domaines de l'action sociale/services sociaux, de l'éducation, de la formation/emploi, de la santé, du logement et de l'habitat, de la culture, etc.

La réglementation applicable, la sélection et l'approbation, ainsi que le suivi et l'évaluation des projets, sont identiques à ceux du plan concerté.

La gestion des projets de ce programme peut être assurée par la Communauté autonome et/ou les collectivités locales ou des organismes publics locaux. La part de cofinancement exigée des Communautés autonomes et des villes de Ceuta et de Melilla et/ou des

collectivités locales est au moins égale aux 2/3 du montant du financement alloué par le ministère auxdits projets.

Le tableau suivant présente les données relatives au nombre de projets approuvés et le cofinancement budgétisé du Plan de développement gitan (données de la phase de présentation des projets à cofinancer) pour les exercices 2012 à 2015.

ANNÉES	NOMBRE DE PROJETS COFIN.	% CONTRIB. MIN.	CONTRIB. MIN.	% CONTRIB. C.A.	% CONTRIB. C.A.	% CONTRIB. C.L.	% CONTRIB. C.L.	TOTAL
2012 (1)	83	23,54	550 000	46,33	1 082 227	30,13	703 794	2 336 020
2013 (2)	75	28,11	412 500	56,51	829 426	15,38	225 707	1 467 633
2014 (3)	76	48,75	1 412 500	30,97	897 429	20,28	587 665	2 897 594
2015 (4)	51	27,09	412 500	56,81	864 964	16,09	245 006	1 522 470
TOTAL EUROS			2 787 500		3 674 046		1 762 172	8 223 718

(1) Les Communautés autonomes de Castille-La Manche et d'Estrémadure ne participent pas.

(2) La C.A. des Canaries a demandé à participer et la C.A. d'Estrémadure ne participe pas.

(3) Augmentation d'1 million d'euros pour la pauvreté des enfants gitans. La C.A. d'Estrémadure ne participe pas.

(4) Participation de la ville de Ceuta.

Il existe en outre un groupe de coopération technique avec le ministère qui permet l'échange d'informations sur les actions mises en œuvre au niveau régional et local pour la promotion de la population gitane en Espagne.

3. Programme de lutte contre la pauvreté des enfants : ce programme a été créé en 2014 pour atteindre l'un des principaux objectifs du Plan national pour l'inclusion sociale 2013-2016, à savoir la lutte contre la pauvreté des enfants, objectif qui s'inscrit dans le cadre de la recommandation de la Commission européenne du 20 février 2013 : « Investir dans l'enfance »).

Les crédits alloués à ce programme ont été destinés à financer les prestations financières d'urgence sociale octroyées dans le cadre de projets d'intervention sociale menés auprès de familles ou d'unités de cohabitation en situation de privation matérielle sévère avec enfants à charge. Les projets ont été promus par les Communautés autonomes et les villes de Ceuta et de Melilla dans le cadre du système public de services sociaux et gérés par celles-ci ou par des organismes publics locaux. Les projets pour la réalisation des prestations visées ont été sélectionnés conjointement par le ministère de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité et par les Communautés autonomes et les villes de Ceuta et de Melilla, sur la base des critères suivants :

- a) Intégration des projets à subventionner dans des plans ou des programmes d'inclusion sociale.
- b) Identification des familles ou des unités de cohabitation en situation de pauvreté sévère avec des enfants de moins de 18 ans à charge.
- c) Travail social, suivi et évaluation des familles et des enfants bénéficiaires des projets.

Le ministère a financé le programme à hauteur de **16 millions d'euros**, sans engagement de cofinancement de la part des Communautés autonomes et des villes de Ceuta et de Melilla ni des collectivités locales.

Ce programme a été géré de la même manière que les deux précédents.

1. **Projets sociaux de soutien à la famille et à l'enfance** : créés en 2015, ces projets ont pour but de poursuivre et de développer les projets du Programme de lutte contre la pauvreté des enfants afin de répondre aux besoins sociaux des familles avec enfants à charge, conformément aux dispositions du Plan national d'action pour l'inclusion sociale 2013-2016, du Programme de lutte contre la pauvreté des enfants (qui s'inscrit dans le cadre de la recommandation de la Commission européenne du 20 février 2013 : « Investir dans l'enfance ») et aux objectifs d'amélioration de la protection sociale et économique des familles, en particulier celles en situation de grand besoin.

Les projets approuvés sont de trois types :

1. Projets destinés à pallier et à améliorer la situation de vulnérabilité sociale des familles : ces projets visent à satisfaire les besoins essentiels en alimentation, hygiène, habillement, etc., et à faciliter l'accès à d'autres services tels que les soins de santé, l'éducation (matériel scolaire, aides pour la cantine), le logement (loyer et amélioration des conditions d'habitabilité, raccordements, etc.) et l'emploi, ainsi que l'accompagnement et le travail social avec les familles.
2. Projets de soutien à la conciliation de la vie familiale et professionnelle pour les familles en situation d'insertion socioprofessionnelle avec enfants à charge : frais de garderie, prise en charge des enfants en cas de besoins ponctuels liés à la conciliation, services de soutien scolaire en complément des services d'éducation formels et tous autres services garantissant la droit des enfants à une prise en charge et à un développement personnel appropriés.
3. Services d'intervention et d'appui à la famille : parmi ces services figurent ceux définis au chapitre 1.3 du Catalogue de référence des services sociaux, approuvé le 16 janvier 2013 par le Conseil territorial des services sociaux et du système pour l'autonomie et l'aide à la dépendance (intervention et orientation socio-familiale, médiation familiale, points de rencontre familiale, accompagnement socio-éducatif des enfants).

Le ministère a financé ces projets à hauteur de **32 millions d'euros**, sans engagement de cofinancement de la part des Communautés autonomes et des villes de Ceuta et de Melilla ni des collectivités locales.

Ces projets ont été gérés de la même manière que les précédents.

PARAGRAPHE 1 : VEILLER À CE QUE TOUTE PERSONNE QUI NE DISPOSE PAS DE RESSOURCES SUFFISANTES ET QUI N'EST PAS EN MESURE DE SE PROCURER CELLES-CI PAR SES PROPRES MOYENS OU DE LES RECEVOIR D'UNE AUTRE SOURCE, NOTAMMENT PAR DES PRESTATIONS RÉSULTANT D'UN RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE, PUISSE OBTENIR UNE ASSISTANCE APPROPRIÉE ET, EN CAS DE MALADIE, LES SOINS NÉCESSITÉS PAR SON ÉTAT.

Assistance sociale

En ce qui concerne le système des services sociaux, les **programmes de revenus minimum d'insertion**, relevant de la compétence exclusive des Communautés autonomes, contribuent tout particulièrement à l'objectif visé, dans le cadre du système de garantie de revenus qui protège les citoyens contre les différents risques sociaux.

Au cours des quatre dernières années des progrès considérables ont été réalisés au niveau du cadre législatif des prestations, en particulier dans la reconnaissance du droit subjectif de l'accès à ces prestations, comme garantie de ressources minimales pour assurer la subsistance ou comme instrument d'inclusion sociale, avec l'instauration de prestations sociales de base pour les citoyens, qui sont d'ailleurs reconnues comme telles dans les nouveaux statuts d'autonomie de certaines Communautés autonomes, sous des dénominations diverses : « revenu de base », « revenu garanti de citoyenneté », etc.

Ces programmes, qui relèvent de la compétence des Communautés autonomes, peuvent présenter des différences quant aux modalités d'accès, aux conditions à remplir (par exemple, l'exigence d'une période de résidence minimale ou un âge minimal), à la durée de la prestation ou à son montant ; mais la caractéristique commune à tous est qu'ils s'adressent à des personnes/familles ne disposant pas de ressources financières suffisantes leur permettant de satisfaire leurs besoins essentiels, dans le but de leur fournir les moyens nécessaires pour pallier cette carence et de leur offrir un accompagnement social parfois couplé à l'insertion professionnelle.

Certes, les différentes réglementations en vigueur dans les Communautés autonomes prévoient des conditions d'accès auxdites prestations qui peuvent varier, mais elles se caractérisent généralement par une extension du champ subjectif de ce droit puisque dans la plupart des nouvelles réglementations l'accès à ces prestations est élargi.

Le ministère de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité compile chaque année sous forme de rapports les principales données relatives aux programmes de revenus minimum d'insertion. Les rapports des années 2012, 2013 et 2014 (celui de 2015 est en cours d'élaboration) sont disponibles sur le lien suivant :

<http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/serviciosSociales/RentasMinimas/home.htm>

En ce qui concerne la période de résidence minimale nécessaire pour avoir accès à cette prestation, s'il est vrai que cette condition est requise dans toutes les Communautés autonomes et que dans la plupart des cas cette période est fixée à 12 mois, il convient néanmoins de signaler que plusieurs Communautés autonomes travaillent à l'élaboration de

conventions de réciprocité de telle sorte qu'une personne bénéficiant d'un revenu minimum dans une Communauté autonome puisse le percevoir dans une autre Communauté sans devoir remplir la condition de durée de résidence exigée dans cette dernière.

En ce qui concerne la condition de l'âge, dans la plupart des Communautés autonomes, 15 au total (Andalousie, Asturies, Baléares, Canaries, Castille-La Manche, Castille-Léon, Catalogne, Ceuta, Galice, Madrid, Melilla, Murcie, Navarre, La Rioja et Valence), l'âge minimum requis est fixé à 25 ans. Cette condition doit néanmoins être nuancée dans la mesure où la réglementation de l'ensemble des C.A. et des villes de Ceuta et de Melilla prévoit des exceptions, de sorte que la barre peut être ramenée à 18 ans, l'âge légal de la majorité en Espagne. En général, ces exceptions s'appliquent dans certaines circonstances précises, notamment lorsque le titulaire de la prestation a des enfants ou des personnes handicapées à sa charge.

L'accès à la prestation est également possible à 18 ans dans les conditions suivantes (communes à toutes les Communautés autonomes, sans qu'il soit exigé de satisfaire à l'ensemble de celles-ci) : 1) atteindre l'âge de 18 et avoir été placé sous la tutelle de la Communauté autonome ; 2) constituer une unité économique de cohabitation indépendante et être orphelin absolu ; 3) être victime de violence domestique ou de genre ; 4) avoir à sa charge des personnes en situation de dépendance reconnue ; 5) être majeur et avoir participé à un programme pour mineurs ou de nature semblable, et 6) être majeur, se trouver en situation d'exclusion sociale reconnue et avoir à sa charge une unité familiale.

La plupart des Communautés autonomes fixent une limite à la durée de la prestation, qui est généralement 12 de mois mais peut varier d'une Communauté à l'autre. Une fois de plus cette limite doit être nuancée, dans la mesure où les Communautés autonomes prévoient la possibilité d'une prolongation de la prestation de revenus minimum, tant que se maintient la situation ayant donné lieu à l'octroi de la prestation. La durée de la prestation peut ainsi être prolongée jusqu'à entre 24 et 60 mois, selon la Communauté autonome, voire être illimitée comme dans le cas de la Galice et de Murcie. Dans trois autres Communautés autonome (Asturies, Castille-Léon et Madrid) la perception de la prestation n'est pas limitée dans le temps mais fait l'objet d'un réexamen annuel.

Par ailleurs, des progrès sont réalisés dans le sens d'une plus grande interconnexion entre ces prestations et l'insertion professionnelle, appelée « inclusion active », et certaines Communautés autonomes envisagent déjà d'établir un lien direct avec les services de l'emploi. Au Pays basque, par exemple, une collaboration et une coordination entre les services sociaux de base et le Lanbide (service basque pour l'emploi) ont été mises en place en 2010 pour l'élaboration, la conclusion et le suivi de conventions d'inclusion, de manière à pouvoir garantir la continuité de l'accompagnement et la cohérence des parcours d'inclusion.

Les principales modifications législatives apportées par les Communautés et villes autonomes aux programmes de revenus minimum pendant la période de référence du rapport sont les suivantes :

Andalousie :

Décret-loi 7/2013 du 30 avril 2013 portant adoption de mesures extraordinaires et urgentes de lutte contre l'exclusion sociale.

Aragon :

Décret 3/2015 du 15 décembre 2015 portant adoption de mesures urgentes en matière de prestations en numéraire à caractère social, de pauvreté énergétique et d'accès au logement, applicables dans des situations d'urgence sociale.

Canaries :

Loi 2/2015 du 9 février 2015 portant modification de la loi 1/2007 du 17 janvier 2007 réglementant la prestation d'insertion aux Canaries.

Cantabrie :

Loi 10/2013 du 27 décembre 2013 portant adoption de mesures fiscales et administratives.

Loi 7/2014 du 26 décembre 2014 portant adoption de mesures fiscales et administratives.

Castille-Léon :

Décret législatif 1/2014 du 27 février 2014 portant approbation du texte refondu des normes légales en vigueur relatives aux conditions d'accès et de jouissance de la prestation essentielle du « revenu garanti de citoyenneté ».

Loi 1/2015 du 4 mars 2015 portant modification du décret législatif 1/2014 du 27 février 2014 portant approbation du texte refondu des normes légales en vigueur relatives aux conditions d'accès et de jouissance de la prestation essentielle du « revenu garanti de citoyenneté ».

Catalogne :

Loi 5/2012 du 20 mars 2012 portant adoption de mesures fiscales, financières et administratives et création de la taxe de séjour dans les établissements de tourisme.

Estrémadure :

Loi 9/2014 du 1^{er} octobre 2014 relative au revenu de base d'insertion en Estrémadure.

Galice :

Loi 10/2013 sur l'inclusion sociale en Galice.

Madrid :

Décret 126/2014 du 20 novembre 2014 portant approbation du règlement sur le revenu minimum d'insertion.

Melilla :

Décret n° 5637 du 20 septembre 2012 relatif à l'approbation définitive de la modification du règlement relatif aux mesures d'inclusion sociale.

Navarre :

Loi forale 1/2012 du 23 janvier 2012 relative au revenu d'inclusion sociale.

Loi forale 36/2013 du 26 novembre 2013 portant modification de la loi forale 1/2012 du 23 janvier 2012 relative au revenu d'inclusion sociale.

Loi forale 13/2014 du 18 juin 2014 portant modification de la loi forale 1/2012 du 23 janvier 2012 relative au revenu d'inclusion sociale.

Loi forale 6/2015 du 5 mars 2015 portant modification de la loi forale 1/2012 du 23 janvier 2012 relative au revenu d'inclusion sociale.

Pays basque :

Décret 385/2013 du 16 juillet 2013 portant approbation de l'instrument d'évaluation de l'exclusion sociale.

La Rioja :

Décret 16/2012 du 11 mai 2012 portant modification du décret 24/2001 du 21 avril 2001 relatif aux prestations d'insertion sociale.

Décret 28/2014 du 27 juin 2014 portant modification du décret 24/2001 du 21 avril 2001 relatif aux prestations d'insertion sociale.

Il existe d'autres prestations en numéraire, relevant elles aussi de la compétence exclusive des Communautés autonomes, tant en ce qui concerne leur régulation que leur gestion, que nous regrouperons sous l'appellation générique d'**aides financières d'urgence sociale**. Ces prestations sont versées sous la forme de paiements uniques et sont destinées à apporter un soutien financier aux personnes et unités de cohabitation dont les ressources financières sont insuffisantes pour faire face à des situations de besoin non prévisibles ou à des dépenses particulières – ordinaires ou extraordinaires –, ou encore à satisfaire des besoins sociaux essentiels dans des situations d'urgence ou d'exclusion sociale. Ces prestations en numéraire ont un caractère extraordinaire et sont destinées à répondre à des situations de besoin ; elles constituent souvent des ressources complémentaires pour des personnes en phase d'insertion bénéficiant de revenus minimum d'insertion, ou pour des citoyens et citoyennes qui, ne pouvant pas avoir accès aux revenus minimum d'insertion, en font la demande afin de couvrir des besoins sociaux.

En ce qui concerne cette catégorie de prestations, les modifications normatives opérées au cours des quatre dernières années sont les suivantes :

Andalousie :

Décret-loi 8/2014 du 10 juin 2014 portant adoption de mesures extraordinaires et urgentes pour l'inclusion sociale à travers l'emploi et la promotion de la solidarité.

Baléares :

Décret 22/2014 du 16 mai 2014 portant fixation du régime applicable à la demande et à l'octroi de la prestation pour l'acquisition de produits de première nécessité.

Castille-La Manche :

Arrêté du 1/6/2012 portant adoption du règlement sur les aides d'urgence sociale.

Castille-Léon :

Décret 12/2013 du 21 mars 2013 portant réglementation des prestations en numéraire destinées à satisfaire les besoins fondamentaux indispensables à la subsistance dans des situations d'urgence sociale.

Estrémadure :

Décret 10/2014 du 4 février 2014 portant adoption du règlement des subventions destinées aux municipalités de la région pour le financement des aides de protection sociale urgente et contenant le premier avis d'appel à subventions pour l'exercice 2014.

Décret 173/2014 du 5 août 2014 portant modification du décret 10/2014 du 4 février 2014.

Galice :

Loi 10/2013 du 27 novembre 2013 sur l'inclusion sociale en Galice.

Melilla :

Décret n° 5637 du 20 septembre 2012 portant approbation définitive de la modification du règlement relatif aux mesures d'inclusion sociale.

Navarre :

Arrêté foral 10E/2015 du 2 octobre 2015 portant approbation de l'appel à subventions à l'intention des collectivités locales pour l'octroi d'aides d'urgence sociale.

Pays basque :

Arrêté du 25 février 2015 portant fixation des plafonds pour chacune des dépenses spécifiques prévues en matière d'aide d'urgence sociale pour l'année 2015.

Dans un ordre d'idée plus général, le gouvernement espagnol a participé en octobre 2014 à l'appel à propositions VP/2014/006 du programme européen pour l'emploi et l'innovation sociale (EaSI 2014-2020) avec un projet intitulé « Révision des systèmes espagnols de revenus minimum sous l'angle de l'effectivité ». Le projet, sélectionné en mai 2015, a pour objectif principal de réviser les systèmes de garantie de revenus minimum en Espagne, sur la période juillet 2015-juin 2017, afin d'identifier d'éventuelles améliorations en termes de couverture, de cohérence, d'adaptation des différentes prestations aux besoins présents ou futurs, de rentabilité et d'effectivité.

Ce projet compte sur la participation d'institutions de l'administration générale de l'État : la Direction générale des services à la famille et à l'enfance (chargée de la coordination du projet), l'IMSERSO (Institut des personnes âgées et des services sociaux), l'INSS (Institut national de la sécurité sociale), le SEPE (Service public national pour l'emploi) et, pour les Communautés autonomes, les départements régionaux ayant à leur charge les revenus minimum d'insertion. Le système de revenus minimum comprend l'ensemble des prestations et/ou subsides qui viennent compléter le système de protection sociale de l'État couvrant le chômage, la vieillesse, l'incapacité, le retour des migrants dans leur pays, etc. et permettent de réduire les situations de risque et d'exclusion sociale, ainsi que les programmes de revenus minimum d'insertion des Communautés autonomes.

Assistance médicale

CADRE JURIDIQUE GÉNÉRAL

Comme indiqué précédemment, le **droit aux soins en cas de maladie**, établi à l'article 13 de la Charte, s'applique à la santé individuelle et familiale.

Ce droit est reconnu aux ressortissants des autres Parties à condition de se trouver légalement sur le territoire national (art. 13.4). Il convient donc de préciser dès à présent que le droit visé audit article ne s'applique pas aux personnes n'ayant pas une résidence légale en Espagne.

Cette précision ayant été apportée, nous tenons également à ajouter que le cadre juridique applicable est le même que celui déjà indiqué dans le rapport à propos de l'article 11. Nous ne le reproduisons donc pas ici.

Mesures adoptées (normes administratives, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour la mise en œuvre du cadre juridique.

Le décret-loi royal 16/2012 du 20 avril 2012 et son règlement d'application (décret royal 1192/2012 du 3 août 2012 régissant la qualité d'assuré et de bénéficiaire aux fins des soins de santé en Espagne, financés sur des fonds publics par le biais du système national de santé) ont impliqué des améliorations évidentes pour plusieurs groupes de citoyens, dans la mesure où l'assistance sanitaire est étendue, entre autres, aux chômeurs de longue durée

qui n'ont plus droit aux allocations de chômage mais bénéficient d'une autre forme de revenus, à certaines professions libérales (avocats, ingénieurs, architectes), qui jusqu'alors étaient exclus du système public de santé, ou aux plus de 26 ans n'étant pas couverts autrement. Le droit aux soins de santé est ainsi garanti à tous les Espagnols et étrangers résidant en Espagne, en application des dispositions de la loi générale sur la santé.

Depuis 2012, toute personne résidant légalement en Espagne et ne disposant pas de ressources financières supérieures à 100 000 euros par an bénéficie d'un droit subjectif et garanti aux soins de santé dispensés par les services publics de santé, en leur qualité d'assurés, ce qui les met sur un pied d'égalité avec les travailleurs actifs ou les pensionnés, qui jouissent de ce droit de par leur rattachement au système de sécurité sociale.

Cette situation est le résultat de la réforme introduite avec le décret-loi royal 16/2012 du 20 avril 2012. Auparavant, le plafond des revenus financiers permettant l'accès aux soins de santé lorsque l'intéressé n'avait pas droit à la sécurité sociale était nettement inférieur.

De plus, pour toute personne ayant des revenus suffisants mais n'ayant pas accès au système national de santé, le décret royal 576/2013 du 26 juillet 2013 prévoit un mécanisme permettant l'accès aux soins publics de santé moyennant le paiement d'un montant fixé dans une convention spéciale, souscrite volontairement par ladite personne, ce qui garantit l'accès universel au système public de santé pour tous ceux qui le souhaitent moyennant le paiement d'une taxe publique pour la prestation de soins de santé.

Le nombre de personnes susceptibles de conclure volontairement cette convention spéciale de prestation de soins de santé est estimé à 90 000.

En ce qui concerne les citoyens étrangers résidant en Espagne de manière irrégulière et n'ayant pas de ressources suffisantes (à savoir ceux à qui, conformément à l'article 13.4 de la Charte, le droit visé à l'article 13.1 n'est pas applicable car ils ne résident pas légalement en Espagne), depuis 2012, les soins de santé leur sont garantis dans tous les cas d'urgence en raison d'une maladie grave ou d'un accident, quelle qu'en soit la cause et ce jusqu'à leur rétablissement.

En outre, comme nous l'avons vu, ce texte prévoit plus particulièrement, et sans aucune limite, les soins pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-natale ainsi que, dans tous les cas, les soins de santé pour tous les étrangers âgés de moins de 18 ans dans les mêmes conditions que celles applicables aux Espagnols.

Par ailleurs, ces citoyens ont accès à tous les programmes de protection de la santé et de prévention publique (vaccins, prévention et contrôle des maladies infectieuses, santé mentale, etc.).

À cet égard, le document relatif à l'intervention sanitaire dans des situations de risque pour la santé publique (*Intervención sanitaria en situaciones de riesgo para la Salud Pública*), approuvé par toutes les Communautés autonomes dans le cadre du Conseil interterritorial du système national de santé (décembre 2013), a pour objet de déterminer les situations dans lesquelles une prise en charge est requise dans un intérêt de santé publique. Ce document précise quelles sont les situations représentant un risque pour la santé publique et établit les prestations sanitaires à dispenser, notamment les actions de prévention, de soins, de suivi et de contrôle, afin de préserver et, si nécessaire, de recouvrer la santé de la population.

Outre ces actions, qui s'inscrivent dans le cadre des prestations sanitaires offertes par le système national de santé, les Communautés autonomes, dans l'exercice des compétences exclusives qui sont les leurs en matière d'**assistance sociale**, ont mené des actions à caractère social afin de prendre en charge et de préserver la santé des étrangers de plus de 18 ans n'étant pas autorisés à résider en Espagne ou n'étant pas enregistrés comme résidents, mais se trouvant de fait sur le territoire d'une Communauté autonome et n'ayant pas de ressources financières suffisantes pour faire face aux besoins sanitaires non prévus dans les modalités d'assistance visées à l'article 3 ter de la loi 16/2003 du 28 mai 2003, sur la cohésion et la qualité du système national de santé.

En 2015, le ministère de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité a étudié la possibilité d'établir des critères minimaux afin d'unifier les critères des Communautés autonomes et de rationaliser ainsi l'accès des personnes sans résidence légale au système de santé par le biais des soins de base (en complément des soins dispensés dans les services d'urgence et de la prise en charge totale des femmes enceintes et des mineurs).

Dans cette optique, lors de la réunion de la commission Prestations, Garantie et Financement du Conseil interterritorial du système national de santé, tenue le 2 septembre 2015, une proposition d'accord visant à unifier le niveau de protection sanitaire des étrangers sans permis de résidence a été présentée et est actuellement à l'étude dans les Communautés autonomes, la prise en charge de ces étrangers étant déjà une réalité dans les Communautés autonomes par le truchement des prestations d'assistance sociale.

Il s'agit là de la voie la plus viable et la plus efficace pour étendre la couverture de l'assistance sanitaire et sociale, qui est déjà l'une des plus étendues d'Europe et permet aux étrangers majeurs, sans ressources financières ni résidence légale de bénéficier d'une protection de santé. Il s'agit d'une protection qui leur est garantie et qui s'inscrit dans le cadre des programmes de protection de services sociaux, qui prévoient l'accès à divers biens (santé, éducation, logement, etc.) pour des raisons humanitaires ou en cas de besoin, de vulnérabilité particulière ou de manque de ressources, ces cas étant laissés à l'appréciation des services sociaux.

PARAGRAPHE 3 : PRÉVOIR QUE CHACUN PUISSE OBTENIR, PAR DES SERVICES COMPÉTENTS DE CARACTÈRE PUBLIC OU PRIVÉ, TOUS CONSEILS ET TOUTE AIDE PERSONNELLE NÉCESSAIRES POUR PRÉVENIR, ABOLIR OU ALLÉGER L'ÉTAT DE BESOIN D'ORDRE PERSONNEL ET D'ORDRE FAMILIAL.

Assistance sociale

Les **services d'information, d'orientation, de conseil, de diagnostic et d'évaluation** constituent l'un des éléments essentiels du système de services sociaux dès lors qu'ils permettent d'y avoir accès.

Ces services représentent, comme nous venons de le dire, la porte d'entrée au système public de services sociaux, en fournissant des informations, des conseils techniques, une orientation et une évaluation, ainsi qu'un soutien dans la réalisation des démarches relatives aux différentes prestations relevant des services sociaux ou du système de protection sociale. Ils facilitent l'accès aux différentes ressources tout en garantissant les droits sociaux des personnes.

Parmi ces services, disponibles dans toutes les Communautés autonomes, il convient de faire une distinction entre les services d'information, d'orientation, de conseil et de diagnostic offerts dans le cadre des services sociaux de base et ceux offerts dans le cadre de services sociaux spécialisés. Dans ce dernier cas, les services se présentent sous la forme d'informations sur les ressources sociales disponibles et les conditions d'accès et s'inscrivent dans le cadre d'une aide professionnelle destinée à une série de groupes de population, notamment les personnes en situation de handicap (physique ou organique, sensoriel, intellectuel, psychique), les personnes âgées, les personnes en situation de dépendance, les personnes souffrant d'une maladie mentale, les victimes de la violence de genre ou domestique, les personnes sans foyer, les mineurs en situation de risque ou sans protection, les migrants, les minorités ethniques, etc.

Des données sur les usagers des services sociaux sont fournies au chapitre portant sur l'article 14.1.

Par ailleurs, il convient de signaler que pendant la période de référence du présent rapport le système public de services sociaux a été développé et approfondi.

Les Communautés autonomes, qui détiennent une compétence exclusive en matière de services sociaux, ont avancé dans la **mise à jour du cadre législatif**, plus particulièrement dans la reconnaissance de certaines prestations de services sociaux en tant que droit subjectif des citoyens, en leur garantissant l'accès auxdits services. En outre, le nombre de Communautés autonomes qui disposent ou ont prévu de disposer d'un **portefeuille ou catalogue de services sociaux a augmenté**. Ces catalogues ou portefeuilles définissent les services et les équipements dont se compose le système, les prestations, leurs caractéristiques et les conditions d'accès à celles-ci. Dans certains cas, des mécanismes sont établis afin de les rendre exigibles.

L'établissement de **catalogues et de portefeuilles de services** constitue un pas fondamental afin de faire progresser et de consolider le système de services sociaux en tant que quatrième pilier de l'État-providence. Ces catalogues et portefeuilles établissent les différents services et équipements qui y sont associés, tout en précisant les caractéristiques de ces services, les modalités d'accès, s'ils sont exigibles ou non, la population ciblée, etc., ce qui permet de définir avec précision l'ensemble des caractéristiques de la prestation.

Pendant la période 2012-2015, certaines Communautés autonomes, dont Castille-Léon et le Pays basque, ont réglementé les catalogues de services sociaux et les portefeuilles de prestations et de services dans le domaine des services sociaux.

À l'échelle nationale, un **Catalogue de référence des services sociaux**, fruit du consensus et du travail en commun avec les Communautés autonomes et les villes de Ceuta et de Melilla a été approuvé en janvier 2013, à l'initiative du ministère de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité. Ce document unique répertorie toutes les prestations auxquelles les personnes peuvent prétendre sur l'ensemble du territoire espagnol, tout en définissant des principes communs de qualité et de bon usage.

Il a été approuvé le 16 janvier 2013 par accord du Conseil territorial des services sociaux et du système pour l'autonomie et l'aide à la dépendance (publié au Journal officiel espagnol n° 117, du 16 mai 2013) et élaboré dans le respect de la distribution des compétences. Les prestations et les services figurant dans ce catalogue relèvent, en général, de la compétence exclusive des Communautés autonomes et des villes de Ceuta et de Melilla, sans préjudice des normes générales de l'État régissant certaines prestations.

Ce document cadre comprend les prestations offertes de manière générale dans les différents territoires de l'État espagnol, dans le plein respect de la distribution des compétences et constitue, à la fois, un élément d'équilibre et de bonne articulation.

Ont participé à son élaboration : les Communautés autonomes, les villes autonomes de Ceuta et de Melilla, la Fédération espagnole de municipalités et de provinces (FEMP) et le tiers secteur à travers le Conseil national des ONG d'action sociale.

Le catalogue est structuré selon les types de prestations et s'articule autour des deux axes suivants :

Prestations de services : actions menées par les équipes techniques afin de répondre aux besoins sociaux et de favoriser l'insertion sociale des citoyens et des citoyennes, des familles et des groupes de population. Ces prestations qui sont mises en œuvre à l'aide d'équipements, de programmes, de services, d'unités administratives et d'équipes pluridisciplinaires, entre autres, sont regroupées en 7 catégories selon les situations de besoin social :

- information, orientation, conseil, diagnostic et évaluation ;
- autonomie personnelle, aide à domicile et soulagement familial ;
- intervention et appui à la famille ;
- intervention et protection des enfants ;
- placement dans des centres spécialisés ;
- prévention et inclusion sociale ;
- protection juridique.

Prestations financières : prestations en numéraire, à caractère périodique ou sous forme de paiement unique, octroyées dans le but de garantir un niveau minimum de subsistance ou en cas de situations d'urgence auxquelles pourraient être confrontés les citoyens :

- revenus minimum d'insertion ;
- aide aux victimes de violence de genre ;
- prestations financières pour les personnes en situation de dépendance ;
- autres prestations financières.

Un chapitre est également consacré aux principes devant guider l'orientation des prestations et des services figurant dans le catalogue, principes qui se veulent le reflet de ceux ayant présidé à la rédaction des différentes lois sur les services sociaux et à l'élaboration des portefeuilles/catalogues des Communautés autonomes. En guise de conclusion, le document propose des critères communs de qualité, qui relèvent à la fois du cadre européen et du cadre public de services sociaux. La question de l'utilisation responsable des services sociaux est également abordée et les droits et les devoirs des usagers et des professionnels de ces services sont définis.

Des avancées ont également été réalisées en matière d'inclusion et de définition des principes directeurs ou fondamentaux devant guider la conception et le fonctionnement des services sociaux et, de manière générale, les principes visant à garantir l'égalité, l'équité et l'universalité dans l'accès et l'utilisation des prestations et des services ont été intégrés.

Il y a lieu de signaler que toutes ces avancées n'ont pas été réalisées de manière uniforme en raison de la compétence exclusive que possèdent les Communautés autonomes en la matière.

Les changements législatifs relatifs au système de services sociaux, introduits par certaines Communautés autonomes pendant la période de référence du présent rapport 2012-2015 sont les suivants :

Asturies :

Loi 9/2015 du 20 mars 2015 sur la première modification de la loi 1/2003 du 24 février 2003 relative aux services sociaux.

Estrémadure :

Loi 14/2015 du 9 avril 2015 sur les services sociaux.

Murcie :

Loi 16/2015 du 9 novembre 2015 portant modification de la loi 3/2003 du 10 avril 2003 sur le système des services sociaux.

PARAGRAPHE 4 : APPLIQUER LES DISPOSITIONS VISÉES AUX PARAGRAPHES 1, 2 ET 3 DU PRÉSENT ARTICLE, SUR UN PIED D'ÉGALITÉ AVEC LEURS NATIONAUX, AUX RESSORTISSANTS DES AUTRES PARTIES SE TROUVANT LÉGALEMENT SUR LEUR TERRITOIRE, CONFORMÉMENT AUX OBLIGATIONS QU'ELLES ASSUMENT EN VERTU DE LA CONVENTION EUROPÉENNE D'ASSISTANCE SOCIALE ET MÉDICALE, SIGNÉE À PARIS LE 11 DÉCEMBRE 1953.

Assistance sociale

Le texte de référence en matière d'assistance sociale est la loi 4/2000 du 11 janvier 2000 sur les droits et les libertés des étrangers en Espagne et leur intégration sociale, qui établit à l'article 14 (« Droit à la sécurité sociale et aux services sociaux ») ce qui suit :

1. *Les étrangers résidents ont le droit d'accéder aux prestations et aux services de la Sécurité sociale dans les mêmes conditions que les Espagnols.*
2. *Les étrangers résidents ont droit aux services et aux prestations sociales, qu'elles soient générales et de base ou spécifiques, dans les mêmes conditions que les Espagnols. Dans tous les cas, les étrangers en situation de handicap, âgés de moins de 18 ans, ayant leur domicile habituel en Espagne, ont le droit de recevoir le traitement, les services et les soins particuliers exigés par leur état physique ou mental.*
3. *Les étrangers, quelle que soit leur situation administrative, ont droit aux services et aux prestations sociales de base.*

Pendant la période comprise entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2001 (période de référence du 25^e rapport) l'article 12 la loi organique 4/2000, était en vigueur. Cet article disposait ce qui suit :

« 1. [...] »

2. *Les étrangers se trouvant en Espagne ont droit à l'assistance médicale publique d'urgence en cas de maladie grave ou d'accident, quelle qu'en soit la cause, et au maintien des soins jusqu'à leur rétablissement.*

3. *Les étrangers de moins de 18 ans se trouvant en Espagne ont droit aux soins de santé dans les mêmes conditions que les Espagnols.*

4. *Les étrangères enceintes se trouvant en Espagne ont droit aux soins de santé pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-natale ».*

Par ailleurs, le décret-loi royal 16/2012 du 20 avril 2012 (publié au journal officiel espagnol le 24 avril 2012) portant adoption de mesures urgentes pour garantir la durabilité du système national de santé et améliorer la qualité et la sécurité de ses prestations, établit à l'article 1^{er} (relatif aux modifications de la loi 16/2003 du 28 mai 2003 sur la cohésion et la qualité du système national de santé) ce qui suit :

« La loi 16/2003 du 28 mai 2003 sur la cohésion et la qualité du système national de santé est modifiée dans les termes suivants :

1. [...]

3. *Un nouvel article 3 ter, rédigé comme suit, est ajouté :*

« Article 3 ter : soins de santé dans des situations particulières.

Les étrangers n'étant pas inscrits comme résidents ni autorisés à résider en Espagne, recevront des soins de santé dans les cas suivants :

a) en cas d'urgence pour maladie grave ou accident, quelle qu'en soit la cause, jusqu'à leur rétablissement ;

b) pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-natale.

Dans tous les cas, les étrangers de moins de 18 ans bénéficient des soins de santé dans les mêmes conditions que les Espagnols. »

La troisième disposition finale du décret-loi royal 16/2012 modifie l'article 12 de la loi organique 4/2000, dont le nouveau texte est le suivant :

« Article 12. Droit aux soins de santé.

Les étrangers ont droit aux soins de santé dans les termes prévus dans la législation en vigueur en matière de santé. ».

Par conséquent, il ne semble pas y avoir de doute que, en ce qui concerne le droit des migrants aux soins de santé d'urgence, la modification de la législation n'a produit aucun changement substantiel ni dans le contenu de ce droit, ni dans la détermination des ayants droit entrant dans son champ d'application.

Eu égard à tout ce qui précède, il y lieu de conclure que **la législation espagnole est conforme aux dispositions du paragraphe 4 de l'article 13**. Elle s'avère, en effet, plus généreuse que ce qui est établi dans la Charte puisqu'elle offre des services et des prestations sociales de base à tous les étrangers se trouvant sur le territoire espagnol, quelle que soit leur situation administrative.

Pour sa part, le **Plan stratégique pour la citoyenneté et l'intégration 2011-2014** prévoit un domaine d'action particulier (domaine 6), celui des services sociaux¹⁸.

La **loi 12/2009 du 30 octobre 2009 réglementant le droit d'asile et la protection subsidiaire**, établit les droits des demandeurs d'asile et des bénéficiaires du statut de réfugié, dont le droit aux prestations sociales.

Enfin, le système de suivi du Plan concerté (prestations de base de la sécurité sociale, PBSS) nous fournit des données sur la **population d'origine étrangère bénéficiant des services et prestations** :

ANNÉE	PRESTATION : INFORMATION ET ORIENTATION	PRESTATION : APPUI À L'UNITÉ DE COHABITATION	PRESTATION : AIDE À DOMICILE	PRESTATION : SOLUTIONS D'HÉBERGEMENT	PRESTATION : ACTIONS SPÉCIFIQUES DE PRÉVENTION ET D'INSERTION	TOTAL
2 008	339 832	15 513	3 983	4 827	66 468	430 623
2 009	409 964	21 055	4 018	3 649	91 092	529 778
2 010	429 144	27 103	5 483	9 190	99 863	570 783
2 011	511 959	84 184	3 186	5 686	89 883	694 898
2 012	415 167	47 096	2 821	18 330	89 818	573 232
2 013	350 665	45 393	3 320	4 762	68 637	472 777
2 014	328 283	38 483	1 865	3 084	101 203	472 918

(*) Les chiffres de 2014 sont provisoires

18

http://extranjeros.empleo.gob.es/es/IntegracionRetorno/Plan_estrategico2011/pdf/PECI-2011-2014.pdf

Assistance médicale

CADRE JURIDIQUE GÉNÉRAL

Étant donné que l'article 13.4 n'est applicable qu'aux ressortissants des parties à la Convention **se trouvant légalement sur le territoire national**, nous nous en tiendrons à signaler que pendant la période 2012-2015 la réglementation espagnole en matière de santé s'applique de la même manière aux ressortissants espagnols qu'aux étrangers se trouvant légalement dans notre pays.

La Loi 4/2000 du 11 janvier 2000 sur les droits et les libertés des étrangers en Espagne et leur intégration sociale établit à l'article 12 (« Droit aux soins de santé ») que les étrangers ont droit aux soins de santé dans les termes prévus dans la législation en vigueur en matière de santé.

En Espagne, tous les Espagnols, ainsi que les citoyens étrangers ayant établi leur résidence sur le territoire national, sont titulaires du droit à la protection de la santé et aux soins de santé conformément aux dispositions de l'article 1.2 de la loi générale sur la santé (loi 14/1986 du 25 avril 1986). Le droit aux soins de santé en Espagne, tel que défini dans cette loi, est donc conforme à la Charte sociale européenne.

Le décret royal 1192/2012 du 3 août 2012, régissant la qualité d'assuré et de bénéficiaire aux fins des soins de santé en Espagne financés sur des fonds publics par le biais du système national de santé signale que la prestation des soins de santé est étendue aux personnes suivantes :

- demandeurs de protection internationale (quatrième disposition additionnelle) ;
- victimes de la traite des êtres humains en période de rétablissement et de réflexion (cinquième disposition additionnelle).

Les soins de santé seront assurés aux personnes se trouvant dans l'une des situations susvisées, dans la mesure prévue dans le portefeuille commun de base des services d'assistance du système national de santé.

Une prise en charge, médicale ou autre, sera également assurée en cas de besoins spécifiques.

En marge de la couverture prévue à l'article 13.4 de la Charte et comme nous l'avons signalé tout au long du présent rapport, pour les étrangers qui ne sont pas inscrits comme résidents ou autorisés à résider en Espagne, l'article 3 ter de la loi 16/2003 sur la cohésion et la qualité du système national de santé établit que ces personnes ont la garantie de recevoir une assistance sanitaire des services de santé publics, s'ils en ont besoin, dans les circonstances suivantes :

- en cas d'urgence pour maladie grave ou accident, quelle qu'en soit la cause, jusqu'à leur rétablissement ;
- durant la grossesse, l'accouchement et la période post-natale ;
- lorsqu'il s'agit d'un mineur (moins de 18 ans).

Le décret royal 1030/2006 du 15 septembre 2006 portant création du portefeuille de services communs du système national de santé et adoption de la procédure pour sa mise à jour, prévoit qu'une fois la situation d'urgence gérée, le patient sera considéré

comme rétabli ou dirigé vers un service plus approprié et, lorsque la gravité de la situation l'exige, le patient sera hospitalisé sur la base des rapports médicaux pertinents afin de garantir la continuité de sa prise en charge. En conséquence, le fin de la prise en charge médicale de ces patients ne se produit pas nécessairement à la sortie du service des urgences et les patients en situation administrative irrégulière ont droit aux soins et traitements requis par leur état jusqu'à la fin du parcours de soins.

Par ailleurs, conformément à la loi générale sur la santé publique (loi 33/2011 du 4 octobre 2011), les prestations de soins publics de santé relevant du système national de santé comprennent les actions préventives, les soins, le suivi et le contrôle afin de préserver la santé publique de la population et d'éviter les risques associés à des situations d'alerte et d'urgence sanitaire, **quelle que soit la situation administrative des personnes**. Les compétences et les actions en matière de santé publique sont du ressort des Communautés autonomes, qui les exercent indépendamment du dispositif d'assistance sanitaire concerné, et s'appliquent à l'ensemble de la population, quelle que soit la modalité d'accès au système de santé.

À cet égard, le document relatif à l'intervention sanitaire dans des situations de risque pour la santé publique déjà cité, détermine les situations dans lesquelles une prise en charge est requise dans un intérêt de santé publique. Ce document précise quelles sont les situations représentant un risque pour la santé publique et détermine quelles sont les prestations sanitaires requises, notamment les actions de prévention, de soins, de suivi et de contrôle, afin de préserver et, au besoin, de recouvrer la santé de la population.

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/IntervencionSanitariaRiesgoSP.pdf>

De la sorte, la protection de la santé des étrangers en situation administrative irrégulière a été préservée après l'entrée en vigueur du décret-loi royal 16/2012, d'une part, en maintenant les soins d'urgence ainsi que les soins aux femmes enceintes et aux mineurs et, d'autre part, en garantissant la prise en charge du traitement des maladies transmissibles, des problèmes de santé mentale et des situations de risque pour la santé publique.

Outre ces actions, relevant du cadre des prestations offertes par le système national de santé, les Communautés autonomes, dans l'exercice de leurs compétences exclusives en matière d'assistance sociale, ont mis en œuvre des actions à caractère social afin de préserver la santé des étrangers majeurs qui, n'étant pas inscrits comme résidents ou autorisés à résider en Espagne et se trouvant de fait sur le territoire d'une Communauté autonome, ne disposent pas de ressources financières suffisantes pour faire face aux besoins sanitaires autres que ceux visés à l'article 3 ter de la loi 16/2003 du 28 mai 2003 sur la cohésion et la qualité du système national de santé. À cet égard, nous avons amplement examiné les actions menées en 2015 avec les Communautés autonomes en vue d'unifier les critères de prestation de l'assistance sociale et médicale.

DEMANDE D'INFORMATIONS CONCERNANT L'ANNEXE À L'ARTICLE 13.4

Cette demande n'est pas applicable à l'Espagne, puisqu'elle a ratifié la Convention européenne d'assistance sociale et médicale et son protocole additionnel (instrument

de ratification du 29 novembre 1982, publié au Journal officiel espagnol le 17 février 1984).

Article 14 – Droit aux bénéficiaires des services sociaux

PARAGRAPHE 1 : ENCOURAGER OU ORGANISER LES SERVICES UTILISANT LES MÉTHODES PROPRES AU SERVICE SOCIAL ET QUI CONTRIBUENT AU BIEN-ÊTRE ET AU DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES GROUPES DANS LA COMMUNAUTÉ AINSI QU'À LEUR ADAPTATION AU MILIEU SOCIAL.

CONSIDÉRATIONS D'ORDRE GÉNÉRAL

De manière générale, comme nous l'avons déjà signalé, il existe en Espagne un système de services sociaux qui permet à notre pays de satisfaire aux exigences de cette disposition de la Charte. Le cadre de collaboration économique et technique présenté dans les pages précédentes, cofinancé par les trois niveaux de l'administration publique sur la base du Plan concerté, contribue à sa durabilité et à son bon fonctionnement.

Le système de suivi du Plan concerté permet d'obtenir des renseignements sur le nombre de bénéficiaires, ventilés par catégorie de services.

En ce qui concerne plus précisément l'**utilisation des services sociaux**, nous pouvons remarquer une augmentation progressive du nombre de bénéficiaires jusqu'en 2010, puis une diminution considérable en 2011 et 2012, cette tendance à la baisse s'étant poursuivie dans une moindre mesure au cours des années suivantes. Les chiffres montrent que la plus forte augmentation du nombre d'utilisateurs des services fournis au niveau municipal s'est produite entre 2008 et 2009, ce qui reflète le premier impact de la crise économique.

	CENTRES DE SERVICES SOCIAUX	FOYERS	CENTRES D'ACCUEIL	TOTAL
2008	5 802 674	14 014	2 136	5 818 824
2009	6 736 399	11 928	2 134	6 750 461
2010	6 930 978	13 209	2 112	6 946 299
2011	6 874 352	13 849	2 540	6 890 741
2012	5 973 218	8 332	2 763	5 984 313
2013	5 508 455	8 567	2 937	5 519 959
2014	5 452 554	12 027	1 559	5 466 140

(*) Les chiffres de l'année 2014 sont provisoires.

Si l'on considère les centres de services sociaux, qui constituent la structure fondamentale du Plan concerté, nous constatons une augmentation du nombre de bénéficiaires de certaines prestations de base offertes par les municipalités, notamment celles destinées à aider les unités de cohabitation, ces prestations ayant été renforcées au moyen de crédits spécifiques pour les familles et les enfants.

PRESTATIONS						
ANNÉE	INFORMATION ET ORIENTATION	AIDE À L'UNITÉ DE COHABITATION	AIDE DOMICILE À	SOLUTIONS D'HÉBERGEMENT	ACTIONS SPÉCIFIQUES DE PRÉVENTION ET D'INSERTION	TOTAL
2008	4 334 823	397 679	419 875	160 449	1 411 190	6 724 016
2009	5 186 949	489 777	624 636	105 008	1 513 789	7 920 159
2010	5 299 989	519 046	648 738	106 852	1 473 295	8 047 920
2011	5 686 507	1 067 940	657 800	92 110	1 490 124	8 994 481
2012	5 501 772	748 703	628 619	143 965	1 296 065	8 319 124
2013	5 409 172	820 674	513 085	147 978	1 369 130	8 260 039
2014	5 621 301	849 829	482 881	92 499	2 115 317	9 161 827

(*) Les chiffres de l'année 2014 sont provisoires.

Une même personne peut être comptabilisée comme usager de plus d'une prestation en fonction de ses besoins en termes d'intervention sociale.

En ce qui concerne **le nombre et la distribution géographique des services, des informations relatives aux projets financés dans le cadre du Plan concerté** sont jointes à l'**annexe IV**.

Le suivi du Plan concerté nous permet également d'obtenir des renseignements sur les effectifs affectés aux services et prestations financés dans le cadre du plan, pour la période 2008-2014.

TRAVAILLEURS						
ANNÉE	EFFECTIFS	PRESTATIONS	TOTAL	POPULATION DU P.C.	USAGERS DES PRESTATIONS	USAGERS/ TRAVAILLEUR
2008	12 189	22 774	34 963	43 121 906	6 724 016	192,32
2009	12 487	30 492	42 979	43 205 138	7 920 159	184,28
2010	12 906	37 101	50 007	44 460 225	8 047 920	160,94
2011	12 660	38 314	50 974	43 649 335	8 994 481	176,45
2012	12 685	38 706	51 391	43 822 891	8 319 124	161,88
2013	11 767	37 152	48 919	42 018 142	8 260 039	168,85
2014	12 381	45 964	58 345	41 935 144	9 161 827	157,03

(*) Les chiffres de l'année 2014 sont provisoires.

Dans les Communautés autonomes et les villes de Ceuta et Melilla, l'accès effectif, sans discrimination, aux services sociaux est établi comme un droit subjectif de tous les citoyens. Cet accès effectif apparaît clairement dans les principes ayant inspiré les

lois relatives aux services sociaux, notamment les principes d'accès universel, de proximité et de coordination.

Il est d'ailleurs présent dans les lois sur les services sociaux les plus anciennes, dites lois de première génération, comme la loi 2/1988 du 4 avril 1988 sur les services sociaux en Andalousie. Son article 2 établit comme principe général des services sociaux l'égalité et l'universalité, avec la prise en charge de tous les citoyens sans discrimination aucune, qu'elle soit fondée sur le sexe, l'état civil, la race, l'âge, l'idéologie ou la croyance. De même, à l'article 3, elle indique que sont titulaires du droit aux services sociaux toutes les personnes résidant en Andalousie et les personnes de passage non étrangères, ainsi que les étrangers, les réfugiés et les apatrides résidant sur le territoire de la Communauté autonome.

Comme nous l'avons indiqué aux pages se rapportant à l'article 13.3, en 2013 nous avons adopté le **Catalogue de référence des services sociaux**. Parmi les principes ayant inspiré le catalogue et guidant les prestations et les services qui y sont référencés figurent l'accès universel et la non-discrimination :

- Universalité : les pouvoirs publics doivent garantir à toutes les personnes le droit à accéder aux prestations de services sociaux, dans les termes et conditions définis par la législation des Communautés autonomes, qui ont la compétence exclusive en la matière.
- Égalité : l'accès aux prestations et leur utilisation sont fournis sans discrimination aucune, qu'elle soit fondée sur l'ethnie, le sexe, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge, le handicap, l'idéologie ou la croyance, ou toute autre condition personnelle ou sociale, les besoins sociaux devant être pris en charge de manière intégrale.
- Équité : par l'intermédiaire des prestations, les pouvoirs publics pratiquent une politique de redistribution, fondée sur des critères d'équité entre les personnes et les groupes sociaux, afin de favoriser la cohésion et la justice sociale, par-delà les différences de nature personnelle, sociale et territoriale.

Enfin, concernant l'existence d'une tarification pour la prestation de services sociaux, il convient de préciser qu'en général dans les Communautés autonomes, des taxes et des forfaits sont fixés pour la prestation de services sociaux tels que l'hébergement dans une résidence pour personnes âgées, la révision de certains degrés de dépendance, de handicap, etc. Chaque Communauté autonome réglemente cette tarification de manière indépendante, celle-ci étant généralement établie dans les lois sur le budget annuel des Communautés autonomes.

Dans leurs législations respectives sur les services sociaux, et parfois dans les règlements régissant les agréments, autorisations et inscriptions aux registres de services et de centres de services sociaux, les Communautés autonomes établissent le cadre de collaboration avec les entités privées prestataires de services sociaux et définissent les critères à remplir par les prestataires de services et les conditions dans lesquelles ces derniers doivent être fournis.

Il n'existe donc pas un cadre unique puisqu'il s'agit là d'une compétence exclusive des Communautés autonomes, comme nous l'avons déjà indiqué. Afin de réduire les lourdeurs administratives liées à l'exigence, entre autres, d'inscription au registre correspondant ou d'obtention d'une autorisation dans chacune des Communautés autonomes pour la prestation de services sociaux, la loi 20/2013, du 9 décembre 2013,

sur la garantie de l'unité de marché a été récemment approuvée (Journal officiel espagnol du 10 décembre 2013). Ce texte, qui vise à garantir la libre circulation de biens et de services sur l'ensemble du territoire national s'inspire du principe de l'agrément unique et de la législation d'origine, déjà en vigueur dans le marché unique européen. De la sorte, tout produit ou service produit en vertu d'une réglementation régionale peut être offert sur l'ensemble du territoire national sans que des démarches supplémentaires soient nécessaires.

Par ailleurs, le Catalogue de référence des services sociaux de 2013, déjà mentionné, établit les principes directeurs devant guider les prestations et les services du système public de services sociaux. Ces principes sont les suivants :

- Responsabilité publique : les pouvoirs publics doivent faire en sorte que les prestations soient disponibles et accessibles pour toutes les personnes, en les réglementant et en les organisant, ainsi qu'en apportant les moyens humains, techniques et financiers nécessaires à leur fonctionnement.
- Participation : les pouvoirs publics encouragent et garantissent la participation [...] des entités du tiers secteur de l'action sociale [...] aux processus de planification, de développement, de suivi et d'évaluation.
- Coopération et collaboration : les pouvoirs publics agissent conformément aux principes de coopération et de collaboration entre les administrations publiques et le secteur privé, tout en encourageant les actions nécessaires à la mise en œuvre de ces principes.

Concernant les mesures de contrôle visant à s'assurer que les prestataires de services sociaux remplissent les conditions nécessaires pour garantir la qualité de ces services, il convient de signaler que la quasi-totalité des Communautés autonomes reconnaissent dans leurs lois sur les services sociaux (dites de deuxième et troisième génération) l'importance de la qualité des services sociaux sur un double plan : d'une part, en reconnaissant que cette qualité est un objectif prioritaire ou un principe de base du système public de services sociaux ; d'autre part, en instaurant des plans de qualité des services sociaux, comme en Catalogne (plan de qualité des services sociaux 2010-2013) ou en Navarre (1^{er} plan de qualité des services sociaux 2010-2013) ou des cadres généraux de qualité, comme en Aragon (loi 5/2013, du 20 juin 2013, sur la qualité des services publics de l'administration).

Le principe de qualité est l'un des principes du Catalogue qui doivent inspirer et guider les prestations et les services du système public de services sociaux, d'où le souci de chercher à garantir, pour l'ensemble des prestations, l'existence de standards de qualité minimaux et appropriés, notamment en mettant en place des instruments d'évaluation visant à promouvoir la qualité, et en plaçant au cœur des actions mises en œuvre le concept de qualité de vie des personnes, d'efficacité, d'efficience et d'éthique, dans le but ultime d'améliorer de manière continue le système public de services sociaux.

De même, le catalogue réserve un chapitre spécifique aux critères communs de qualité qui s'inscrivent tant dans le cadre européen que dans celui du système public des services sociaux. Les aspects suivants y sont abordés :

1. principes généraux de qualité pour la fourniture des services sociaux au sein de l'Union européenne ;
2. critères communs de qualité de la prestation de services dans le cadre du système public de services sociaux, articulés autour de 4 axes :
 - a) qualité technique et de gestion
 - b) innovation sociale et technologique
 - c) qualité de l'emploi
 - d) qualité des services

CADRE JURIDIQUE GÉNÉRAL

- Constitution espagnole de 1978, article 41 : « [les pouvoirs publics] assurent à tous les citoyens un régime public de sécurité sociale, qui garantit une assistance et des prestations sociales suffisantes pour faire face aux situations de nécessité, spécialement en cas de chômage ».

- Constitution espagnole de 1978, articles 139.1 et 149.1.1 : ces articles consacrent « les mêmes droits et les mêmes obligations en quelque partie que ce soit du territoire de l'État » et « l'égalité de tous les Espagnols dans l'exercice des droits et l'exécution de leurs devoirs constitutionnels ».

- Constitution espagnole de 1978, article 148.1.20 : cet article attribue la compétence exclusive en matière d'assistance sociale aux Communautés autonomes.

- Loi 7/85 du 2 avril 1985 sur les collectivités locales (modifiée par la loi 27/2013 du 27 décembre 2013 sur la rationalisation et la durabilité de l'administration locale), article 27.3 : « Afin d'éviter des doublons administratifs, d'améliorer la transparence des services publics et les services aux citoyens et, en général, de contribuer aux processus de rationalisation administrative, tout en réalisant des économies nettes en termes de ressources, l'administration de l'État et celles des Communautés autonomes peuvent déléguer, sur la base de critères homogènes, les compétences suivantes : c) la prestation de services sociaux, la promotion de l'égalité des chances et la prévention de la violence à l'égard des femmes. ».

- Accord pris en Conseil des ministres le 23 octobre 2015 sur le cadre d'action pour les personnes âgées.

- Décret royal législatif 1/2013 du 29 novembre 2013 portant approbation du texte refondu de la loi générale sur les droits des personnes handicapées et leur inclusion sociale : ce texte définit le cadre général visant à garantir aux personnes en situation de handicap le droit à l'égalité, à la non-discrimination et à la pleine participation au sein de la société. Il vise par ailleurs à adapter le cadre juridique espagnol aux dispositions de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. Entre autres aspects, ce décret royal législatif aborde celui de l'accessibilité universelle aux environnements, aux produits et aux services, un principe qui constitue une condition fondamentale pour que le droit à l'inclusion et à la participation à une société sans barrières devienne une réalité. À cet égard, les administrations publiques ont approuvé des textes normatifs et des règlements afin d'améliorer l'accessibilité aux environnements, aux infrastructures et aux services.

Les changements législatifs concernant les programmes de services sociaux introduits par les Communautés et les villes autonomes pendant la période de référence du présent rapport peuvent être consultés sur le site web suivant :

http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/normativas/index.htm#resultadosNorma

MESURES ADOPTÉES

- Résolution du 23 avril 2013 du secrétariat d'État aux Services sociaux et à l'Égalité, portant publication de l'accord du Conseil territorial des services sociaux et du système pour l'autonomie et l'aide à la dépendance (SAAD) sur le Catalogue de référence des services sociaux.

- Accords du 16 janvier 2013 du Conseil territorial des services sociaux et du SAAD :

- sur l'application de la Stratégie nationale pour l'inclusion sociale de la population gitane en Espagne 2012-2020 ;
- relatif à l'élaboration du Plan national d'action pour l'inclusion sociale 2013-2016 ;
- pour la distribution des crédits inscrits au budget de l'État 2013 destinés aux subventions des Communautés autonomes et des villes de Ceuta et de Melilla pour la mise en œuvre des programmes sociaux suivants : développement des prestations de base des services sociaux, Plan de développement gitan et Plan national sur le volontariat ; congrès du volontariat ;
- circulaires de l'Imsero (Institut des personnes âgées et des services sociaux) 6/IV/2013 et 7/IV/2013 du 24 juillet 2013, réglementant respectivement les services d'aide à domicile de base et de téléassistance à domicile de base fournis par l'Imsero au niveau de ses directions territoriales, de Ceuta et de Melilla ;
- décisions de l'Imsero du 2 octobre 2013 (Journal officiel espagnol n°244 du 11 octobre 2013) portant délégation des compétences sur la gestion de l'aide à domicile de base et de la téléassistance à domicile de base aux villes de Ceuta et de Melilla ;
- décisions de la Direction générale de l'Imsero, du 12 mai 2014, relatives aux conditions techniques et de gestion que doivent remplir les services d'aide à domicile de base et de téléassistance à domicile de base fournis dans les villes de Ceuta et de Melilla.

- Espace personnes âgées sur le site web de l'Imsero : ce mini-site est consacré à la diffusion d'informations et de documents des administrations publiques concernant les personnes âgées et les services sociaux. Ses objectifs sont les suivants :

- développer un système d'information le plus complet possible sur les personnes âgées et le vieillissement ;
- contribuer à ce que le savoir concernant les personnes âgées soit activement intégré à la société de l'information ;
- mettre l'accent sur la prévention et la capacité d'autodétermination, et faire en sorte d'éviter les comportements non intégrateurs envers les personnes âgées.

- « Vieillesse active et solidarité intergénérationnelle en Europe » : ce site accessible sur le portail web de l'Imsero, se veut un espace de réflexion, de diffusion

d'information, d'échange d'expériences et de documentation sur le vieillissement actif et la solidarité entre les générations.

Ce site vise à assurer la continuité des travaux entrepris en Espagne à l'occasion de l'Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle 2012, l'Imserso s'étant engagé à continuer de partager informations et expériences avec les partenaires sociaux, les experts et les personnes intéressées en mettant à profit les synergies mises en place au cours de l'année 2012.

Pour en savoir plus :

http://www.envejecimientoactivoeuropa.imserso.es/imserso_01/envejecimiento_activo_eu/index.htm

- Le cadre d'action pour les personnes âgées contient 348 propositions visant à ce que les pouvoirs publics et la société dans son ensemble puissent travailler autour d'une idée centrale : obtenir une plus grande participation des personnes âgées à la société et leur permettre de mener une vie indépendante, active et saine.

Pour en savoir plus :

http://www.imserso.es/imserso_01/per_mayores/marco_act_pm/index.htm

- Décret royal 1056/2014 du 12 décembre 2014 portant réglementation des conditions de base d'émission et d'utilisation de la carte de stationnement pour personnes handicapées. Ce décret royal a pour objectif de faciliter la mobilité sur l'ensemble du territoire national des personnes en situation de handicap se déplaçant dans leur propre véhicule, indépendamment de la commune où a été délivrée la carte de stationnement, tout en garantissant la sécurité juridique.

- Les Communautés autonomes travaillent actuellement, dans le cadre de leurs compétences, à l'approbation de réglementations générales sur l'accessibilité, en améliorant la réglementation déjà existante sur l'accès aux environnements et aux services et leur utilisation, en s'appuyant sur les concepts d'« accessibilité universelle » et de « conception pour tous » conformément aux dispositions de la Convention des Nations Unies citée précédemment. Parmi les nouveautés les plus importantes, nous pouvons citer les textes suivants, adoptés au niveau des Communautés autonomes :

- Loi de la Communauté autonome de Catalogne 13/2014 du 30 octobre 2014 sur l'accessibilité.
- Loi de la Communauté autonome d'Estrémadure 11/2014 du 9 décembre 2014 sur l'accessibilité universelle.
- Loi de la Communauté autonome de Galice 19/2014 du 3 décembre 2014 sur l'accessibilité.

CHIFFRES ET STATISTIQUES

- Programme de tourisme social : ce programme, conçu par l'Imserso dans l'exercice des compétences qui lui ont été attribuées par le décret royal 1226/2005 du 13 octobre 2005, s'inscrit dans la tradition des programmes précédents, en conformité avec les principales lignes d'action de l'Institut visant à garantir une retraite et un vieillissement en bonne santé. Ce programme existe depuis 1985.

Son objectif est d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées en leur permettant de participer à des voyages et de réaliser des activités touristiques, de découvrir d'autres horizons et d'accéder aux biens culturels.

Âge	Nbre personnes	% / TOTAL
< 60	75.876	2,40
60 - 64	350.588	11,07
65 - 69	798.026	25,21
70 - 74	785.372	24,81
75 - 79	556.273	17,57
80 - 84	388.953	12,29
> 84	188.687	5,96

- Programme de thermalisme social : ce programme s'adresse aux personnes bénéficiant d'une pension du système de la sécurité sociale au titre de la retraite ou de l'invalidité. Les bénéficiaires d'une pension de veuvage ou d'autres pensions y ont également droit, à condition d'avoir 60 ans ou plus. Les personnes bénéficiant d'une place doivent être capables de réaliser de manière autonome les activités de la vie quotidienne, ne pas souffrir de troubles mentaux graves pouvant perturber la cohabitation dans les établissements, ni être atteintes de maladies infectieuses et contagieuses. Elles doivent justifier la nécessité des traitements thermaux demandés et ne présenter aucune contre-indication médicale.

L'objectif est de contribuer à améliorer la qualité de vie des pensionnés du système de la sécurité sociale en leur facilitant l'accès, à prix réduits, aux traitements dispensés dans les stations thermales, lorsque ces traitements leur sont prescrits par un médecin. Le traitement thermal peut être administré à des fins de prévention, de guérison ou de rééducation, dans le cas de maladies chroniques ou invalidantes.

Au cours de l'année, le nombre de places mises à la disposition des usagers s'est élevé à 205 935, dans 104 stations thermales ouvertes toute l'année.

ÂGE	Nbre personnes	% / TOTAL
< 60	5.039	2,75
60 - 64	16.449	8,96
65 - 69	46.266	25,20
70 - 74	50.047	27,26
75 - 79	35.434	19,30
80 - 84	22.325	12,16
> 84	8.008	4,37

- Téléassistance à domicile de base et aide à domicile de base : l'Imsero finance le coût total de la prestation des services aux bénéficiaires réunissant les conditions indiquées dans les circulaires citées au point précédent et dans les décisions portant délégation de compétences.

Au cours de l'exercice budgétaire 2014, l'Imsero a transféré à la ville de Ceuta le montant de l'enveloppe budgétaire affectée à cette fin dans ses prévisions de dépense, pour les services d'aide à domicile de base et de téléassistance à domicile de base.

Le montant de cette enveloppe s'élevait à 1 079 480€, ventilés comme suit :

- Aide à domicile de base : 979 480€
- Téléassistance de base : 100 000€

Quant à la ville de Melilla, l'Imsero lui a transféré le montant de l'enveloppe budgétaire affectée à cette fin dans ses prévisions de dépense, pour les services d'aide à domicile de base et de téléassistance à domicile de base. Le montant de cette enveloppe s'élevait à 773 480€, ventilés comme suit :

- Aide à domicile de base : 733 480€
- Téléassistance de base : 40 000€

PARAGRAPHE 2 : ENCOURAGER LA PARTICIPATION

CADRE JURIDIQUE GÉNÉRAL

Constitution espagnole de 1978, article 148.1.20 : cet article attribue la compétence exclusive en matière d'assistance sociale aux Communautés autonomes.

Les changements législatifs concernant les programmes de services sociaux introduits par les Communautés et villes autonomes pendant la période de référence du présent rapport peuvent être consultés sur le site web suivant :

http://www.imsero.es/imsero_01/documentacion/normativas/index.htm#resultadosNorma

MESURES ADOPTÉES

Système national d'information des services sociaux (sigle espagnol : SEISS)

Le système national d'information des services sociaux (SEISS) est une application web qui collecte et systématise les informations et les données relatives aux services sociaux en Espagne. Son premier objectif est de porter à la connaissance de tous, de manière simple et transparente, les résultats des politiques publiques en la matière.

Les contenus disponibles sur le SEISS sont les indicateurs des services sociaux en Espagne, publiés périodiquement par les services compétents du secrétariat d'État aux Services sociaux et à l'Égalité du ministère de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité. Ces indicateurs sont les suivants :

- Services sociaux de base
- Personnes âgées
- Personnes en situation de handicap
- Personnes en situation de dépendance
- Protection de l'enfance
- Pensions non contributives de la sécurité sociale

Il est possible de les consulter à l'adresse suivante :

http://www.imsero.es/imsero_01/documentacion/estadisticas/seiss/indicadores_seiss/index.htm

Concernant les **organisations non gouvernementales (ONG)** bénéficiant de subventions annuelles octroyées pour la réalisation de programmes d'intérêt général et financées à l'aide de l'enveloppe budgétaire correspondant à la part des recettes de l'impôt sur le revenu des personnes physiques réservée à cette fin, un système de financement des services sociaux est maintenu pour les personnes et les groupes les plus vulnérables. En 2015 et 2016, des subventions directes et nominatives ont été octroyées à des entités du tiers secteur opérant au niveau national et collaborant avec le secrétariat d'État aux Services sociaux et à l'Égalité, afin d'assurer leur maintien et leur fonctionnement.

L'organe d'octroi de la subvention effectue des actions de vérification et de contrôle de l'affectation des fonds reçus, en plus des opérations de contrôle effectuées, le cas échéant, par les services de contrôle financier de l'administration de l'État et de celles prévues dans la législation de la Cour des comptes. Le contrôle, le suivi et l'évaluation des subventions versées à des ONG sont également prévus aux articles 15 et 16 du décret royal 536/2013 du 12 juillet 2013 (publié au Journal officiel espagnol du 13 juillet 2013) portant approbation des normes relatives aux subventions d'État destinées à la réalisation de programmes d'intérêt général, financées à l'aide de l'enveloppe budgétaire correspondant à la part des recettes de l'impôt sur le revenu des personnes physiques réservée à cette fin, dans le domaine de compétences du secrétariat d'État aux Services sociaux et à l'Égalité.

Par ailleurs, concernant l'accès équitable et effectif aux services sociaux fournis par les organisations non gouvernementales et d'autres prestataires privés, comme nous l'avons indiqué aux pages se rapportant à l'article 14.1, dans toutes les Communautés autonomes et les villes de Ceuta et Melilla, l'accès effectif et sans discrimination aux services sociaux est établi comme un droit subjectif de tous les citoyens, s'inscrivant dans la continuité des principes ayant inspiré les lois sur les services sociaux et les principes ayant présidé à l'élaboration du Catalogue de référence des services sociaux. Le droit à accéder de manière effective et sur un pied d'égalité doit être respecté par tous les prestataires, qu'ils soient publics ou privés.

Pour conclure ce chapitre, il convient de souligner différentes initiatives mises en œuvre par les professionnels du secteur des services sociaux.

- Le **Conseil général du travail social** a signé, le 21 janvier 2015, l'*Alliance pour la durabilité et l'amélioration des quatre piliers de base de l'État-providence : santé, services sociaux, éducation et pensions*. Quinze organisations scientifiques et professionnelles ont signé la convention de création de l'Alliance scientifique et professionnelle pour l'amélioration et la durabilité de l'État-providence, dont les objectifs sont les suivants :

- ✓ Améliorer le dialogue social. Il est nécessaire d'élargir le dialogue social, actuellement axé sur l'économie et l'emploi, et de faire en sorte qu'il aborde les 4 piliers de l'État-providence (santé, services sociaux, éducation et pensions).
- ✓ Améliorer la participation des citoyens et des organisations de la société civile au niveau de l'État et des partis politiques.
- ✓ Renforcer l'État-providence et accroître sa durabilité.
- ✓ Intégrer la prévention à tous les domaines d'intervention des systèmes, en tant qu'instrument essentiel et stratégique devant être développé.

Article 4 du Protocole additionnel – Droit des personnes âgées à une protection sociale

PARAGRAPHE 1 : PERMETTRE AUX PERSONNES ÂGÉES DE DEMEURER LE PLUS LONGTEMPS POSSIBLE DES MEMBRES À PART ENTIÈRE DE LA SOCIÉTÉ.

Aux mesures adoptées en application de l'article 14 de la Charte sociale européenne de 1961 concernant les personnes âgées, s'ajoutent des mesures à caractère général relatives aux situations de dépendance, s'inscrivant dans le cadre de l'article 4 de la Charte sociale européenne, approuvées au cours de la période de référence du présent rapport (2012-2015) :

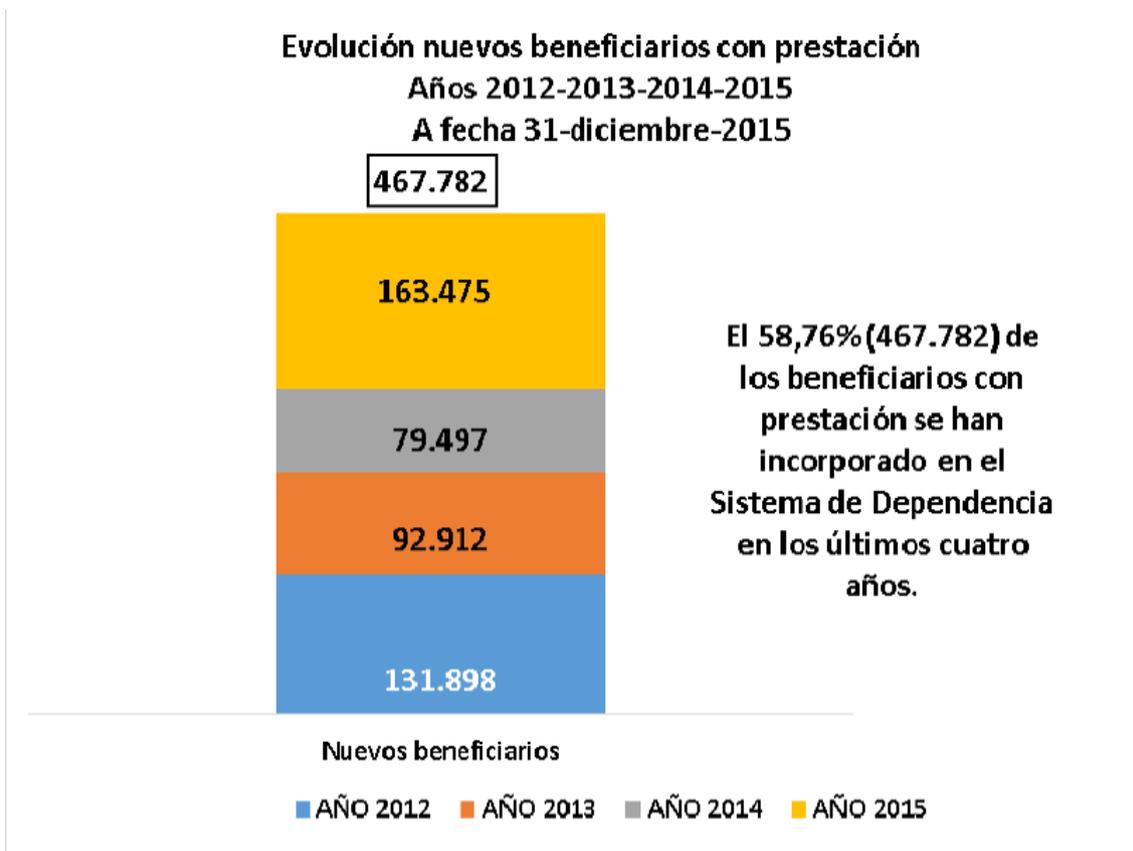
- Approbation d'une réglementation nationale, en application des accords adoptés par le Conseil territorial des services sociaux et du SAAD dans le cadre de la séance tenue le 10 juillet 2012, pour l'amélioration du Système pour l'autonomie et l'aide à la dépendance (SAAD), afin d'assurer la viabilité présente et future dudit système, avec adoption de critères minimaux communs à l'ensemble du territoire en application de la loi 39/2006 du 14 décembre 2006.
- Modification de la loi 39/2006 du 14 décembre 2006 sur la promotion de l'autonomie personnelle et l'aide aux personnes en situation de dépendance : décret-loi royal 22/2012 du 13 juillet 2012 portant adoption de mesures visant à garantir la stabilité budgétaire et à encourager la compétitivité.
- Décret royal 1050/2013 du 27 décembre 2013 portant réglementation du niveau minimum de protection établi dans la loi 39/2006 du 14 décembre 2006 sur la promotion de l'autonomie personnelle et l'aide aux personnes en situation de dépendance, en vue d'améliorer les procédures de gestion et leur transparence, et de garantir le contrôle et l'affectation des fonds publics, ainsi que la régulation du niveau minimum de financement du système, garanti par l'administration générale de l'État, les critères d'attribution et la forme et modalités de versement des fonds aux Communautés autonomes.
- Décret royal 1051/2013 du 27 décembre 2013, portant réglementation des prestations du Système pour l'autonomie personnelle et l'aide à la dépendance, visant à réglementer dans une seule norme l'ensemble des services et prestations prévus par la loi 39/2006 du 14 décembre 2006, en établissant des critères minimaux communs, applicables dans toutes les Communautés autonomes. Ce décret royal n'a pas restreint le droit d'accès aux prestations, ni supprimé aucune prestation. Toutes les personnes conservent ce droit et peuvent continuer de solliciter les services et prestations définis dans la loi.
- Arrêté ministériel SSI/2371/2013 du 17 décembre 2013, du ministère de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité, portant réglementation du système d'information du système pour l'autonomie et l'aide à la dépendance (SISAAD), qui fournit à l'administration générale de l'État et aux Communautés autonomes compétentes pour la gestion du SAAD, les instruments nécessaires à la conservation et à la gestion des informations relatives aux bénéficiaires du SAAD, aux fins de la communication réciproque et de l'échange d'information,

de l'élaboration de statistiques officielles, de la gestion et de la liquidation du niveau minimum de protection garanti par l'administration générale de l'État.

- Décision du 23 avril 2013 du secrétariat d'État aux Services sociaux et à l'Égalité, portant publication de l'accord du Conseil territorial des services sociaux et du SAAD relatif aux critères, recommandations et conditions minimales pour l'élaboration des plans de prévention des situations de dépendance et la promotion de l'autonomie personnelle ; données de base du système d'information du SAAD et Catalogue de référence des services sociaux.
- Décision du 25 juillet 2013 du secrétariat d'État aux Services sociaux et à l'Égalité, portant publication de l'accord du Conseil territorial des services sociaux et du SAAD relatif aux critères communs, recommandations et conditions minimales des plans d'aide intégrale aux enfants de moins de trois ans en situation de dépendance ou de risque de dépendance, et à l'évaluation annuelle correspondant à l'exercice 2012 des résultats de l'application de la loi 39/2006 du 14 décembre 2006 sur la promotion de l'autonomie personnelle et l'aide aux personnes en situation de dépendance.
- Accord du 16 janvier 2013 sur le projet de décret royal portant réglementation des prestations du système pour l'autonomie et l'aide à la dépendance établies dans la loi 39/2006 du 14 décembre 2006 sur la promotion de l'autonomie personnelle et l'aide aux personnes en situation de dépendance.
- Décision du 31 juillet 2014 du secrétariat d'État aux Services sociaux et à l'Égalité, portant publication de l'accord du Conseil territorial des services sociaux et du système pour l'autonomie et l'aide à la dépendance, relatif aux critères visant à déterminer le contenu du service de promotion de l'autonomie personnelle pour les personnes reconnues en situation de dépendance de degrés II et III (dépendance sévère et grande dépendance), et à l'évaluation annuelle correspondant à l'exercice 2013 des résultats de l'application de la loi 39/2006 du 14 décembre 2006 sur la promotion de l'autonomie personnelle et l'aide aux personnes en situation de dépendance.
- Décision du 3 novembre 2015 du secrétariat d'État aux Services sociaux et à l'Égalité portant publication de l'accord du Conseil territorial des services sociaux et du système pour l'autonomie et l'aide à la dépendance, qui modifie partiellement l'accord du 27 novembre 2008 sur l'agrément des centres et des services du système pour l'autonomie et l'aide à la dépendance.

Données statistiques du SISAAD au 31 décembre 2015 :

Au 31 décembre 2015, le nombre de personnes bénéficiant d'une prestation s'élevait à **796 109**, un record depuis l'entrée en vigueur de la loi sur la dépendance.



En conformidad avec le paragraphe 1 de l'article 4 du Protocole (« Droit des personnes âgées à une protection sociale »), qui souligne l'importance de « permettre aux personnes âgées de demeurer le plus longtemps possible des membres à part entière de la société », il est nécessaire de lancer des initiatives visant à faciliter l'utilisation des environnements et des services par ce groupe de population.

L'une des initiatives les plus remarquables en la matière est la mise en place du Réseau espagnol des villes amies des aînés, un projet né de la convention signée entre l'Institut des personnes âgées et des services sociaux (Imserso) et l'Organisation mondiale de la santé.

PARAGRAPHE 2: PERMETTRE AUX PERSONNES ÂGÉES DE CHOISIR LIBREMENT LEUR MODE DE VIE ET DE MENER UNE EXISTENCE INDEPENDANTE DANS LEUR ENVIRONNEMENT HABITUEL AUSSI LONGTEMPS QU'ELLES LE SOUHAIENT ET QUE CELA EST POSSIBLE.

Comme nous l'avons annoncé en préambule de nos commentaires sur le paragraphe 1, les informations se rapportant à cette disposition sont traitées aux pages se rapportant à l'article 14.

Concernant la possibilité pour les personnes âgées de disposer de logements adaptés à leurs besoins et à leur état de santé, d'obtenir des aides de l'État ou des aides destinées à l'aménagement de leur logement, il convient de mentionner, pour la période comprise entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2015, l'adoption du plan suivant :

- *Plan national de promotion de la location de logement, de réhabilitation des bâtiments et de régénération et rénovation urbaines 2013-2016* (approuvé par le décret royal 233/2013 du 5 avril 2013) : ce plan s'articule autour de plusieurs programmes d'action, dont le *Programme de réhabilitation des bâtiments* et le *Programme de promotion de la régénération et rénovation urbaines*.

1. Programme de réhabilitation des bâtiments :

- Ce programme a pour objet le financement des travaux d'aménagement ou d'entretien et des interventions sur les installations fixes et les équipements propres aux habitations, ainsi que sur les éléments et espaces privatifs communs des immeubles collectifs antérieurs à 1981, dont la surface construite hors sol (minimum 70%) est destinée à un usage résidentiel et dont au moins 70% des logements constituent le domicile habituel des propriétaires ou locataires.
- Les actions entrant dans le cadre de ce programme sont celles ayant pour objectif la préservation des bâtiments, l'amélioration de leur qualité et de leur durabilité, et leur aménagement en termes d'accessibilité.
- Les interventions en matière d'accessibilité concernent :
 - l'installation d'ascenseurs, de monte-escaliers, de rampes d'accès ou autres dispositifs d'accessibilité, y compris ceux adaptés aux besoins des personnes souffrant d'un handicap sensoriel, ainsi que leur adaptation, une fois installés, à la réglementation sectorielle correspondante ;
 - l'installation ou la fourniture de dispositifs d'aide à la mobilité tels que des lève-personnes ou des équipements similaires permettant aux personnes handicapées d'accéder aux parties communes de l'immeuble (jardins, espaces d'exercices, piscines et autres) et d'en faire usage ;
 - l'installation d'éléments d'information ou d'alarme (signaux lumineux ou sonores) permettant de s'orienter afin de faciliter l'utilisation des escaliers et ascenseurs ;
 - l'installation d'éléments ou de dispositifs électroniques de communication entre les logements et l'extérieur (visiophones et dispositifs analogues).
- Pour obtenir les aides de ce programme, si les interventions menées ont pour objectif d'améliorer l'accessibilité et/ou la qualité et la durabilité du bâtiment, au moins 8 logements doivent faire l'objet de ces interventions. Cette condition n'est pas requise si les habitants ont plus de 65 ans.
- En vertu du décret royal 233/2013 du 5 avril 2013, les aides relevant de ce programme sont attribuées par les Communautés autonomes dans le cadre d'appels à candidatures. Ce sont donc les Communautés autonomes qui connaissent les chiffres exacts, en temps réel, et le nombre de bénéficiaires de ce programme d'aides. Toutefois, à la conclusion du Plan national 2013-2016, le ministère de l'Équipement disposera de toutes les informations.

2. Programme de promotion de la régénération et rénovation urbaines :

- Ce programme a pour objet le financement de la réalisation conjointe de travaux de réhabilitation dans des bâtiments et des logements et des travaux d'urbanisation ou de réurbanisation de l'espace public ou de construction en remplacement de bâtiments démolis, dans un cadre délimité de 100 logements minimum, sauf exceptions (par exemple : centres historiques ou agglomérations rurales).
- Les interventions ont pour objectifs l'amélioration des tissus résidentiels et la récupération fonctionnelle des ensembles historiques, centres-villes, quartiers

dégradés et agglomérations rurales. Les interventions subventionnées sont les suivantes :

- réalisation de travaux d'entretien et d'interventions sur des bâtiments et logements, installations fixes, équipements propres aux habitations et éléments communs, afin de les adapter à la réglementation en vigueur ;
- travaux d'urbanisation et de réurbanisation matérielle des espaces publics : pavage, jardins, infrastructures, installations, services de distribution d'eau, assainissement, approvisionnement en énergie, éclairage, collecte, tri et gestion des déchets, télécommunications et utilisation du sous-sol ;
- travaux de mise en accessibilité des espaces publics ;
- travaux visant à améliorer l'efficacité environnementale en matière d'eau, d'énergie, d'utilisation des matériaux, de gestion des déchets et de protection de la biodiversité ;
- travaux de démolition et de construction de logements neufs. Les nouveaux bâtiments doivent être conformes, au minimum, à la classe énergétique B et satisfaire, dans tous les cas, aux exigences du code technique de la construction.

En vertu du décret royal 233/2013 du 5 avril 2013, les aides octroyées dans le cadre de ce programme font l'objet d'un accord de la commission bilatérale, formée par le ministère de l'Équipement et les Communautés autonomes, à laquelle participent les municipalités concernées. Les accords souscrits à ce jour figurent dans les tableaux ci-dessous.

ÁREAS DE REGENERACIÓN Y RENOVACIÓN URBANA SUSCRITAS EN EL MARCO DEL PLAN ESTATAL 2013-2016

ACUERDOS SUSCRITOS EN ANDALUCÍA									
ACTUACIÓN	MUNICIPIO	Nº VIVIENDAS		APORTACIONES					
		REHABILITACIÓN	RENOVACIÓN	MINISTERIO	COMUNIDAD AUTÓNOMA	AYUNTAMIENTO	OTRA ADMON	PROMOTOR PARTICULARES	TOTAL
ARRU Bº POLIGONO ALMANJAYAR EN GRANADA	GRANADA	489		1.895.980,24	3.530.311,98				5.426.292,22
ARRU CASCO NORTE DEL CENTRO HISTORICO DE SEVILLA	SEVILLA	81		129.388,36	240.292,68				369.681,04
ARRU Bº POLIGONO SUR EN SEVILLA	SEVILLA	784		1.694.022,20	3.146.041,22				4.840.063,42
ARRU Bº MARISMAS DEL ODIEL EN HUELVA	HUELVA	192	60	3.186.000,00	6.628.558,46				9.814.558,46
ARRU Bº LAS LAGUNILLAS Y Pº PUERTA DE MADRID EN ANDUJAR (JAÉN)	ANDUJAR	284		1.360.721,39	2.643.648,89				4.004.370,28
ARRU Bº LA PIÑERA Y EL SALADILLO EN ALGECIRAS (CADIZ)	ALGECIRAS	536		236.718,70	439.620,45				676.339,15
ARRU CENTRO HISTORICO DE CADIZ	CADIZ	11		126.500,00	908.500,00				1.035.000,00
ARRU CENTRO HISTORICO DE BAEZA (JAÉN)	BAEZA	126		355.005,00	659.295,00				1.014.300,00
ARRU CENTRO HISTORICO DE MONTORO (CORDOBA)	MONTORO	22		253.000,00	1.794.287,99				2.047.287,99
ARRU Bº EL PUCHE NORTE SUR EN ALMERIA	ALMERIA	320		2.354.043,52	4.854.956,60				7.209.000,12
ARRU DE LA BARRIADA DE LA PAZ	CÁDIZ	684		1.359.911,00	2.525.549,00				3.885.460,00
ARRU DEL CASCO HISTÓRICO	CÁDIZ	355		861.247,63	1.599.459,87				2.460.707,50
ARRU DEL ENTORNO DE SAN MATEO-SANTIAGO	JEREZ DE LA FRONTERA	98		775.620,13	1.381.603,10				2.157.223,23
ARRU DEL Bº ALTO Y Bº BAJO EN EL CENTRO HISTÓRICO	SANLÚCAR DE BARRAMEDA	304		616.116,25	1.114.798,75				1.730.915,00
ARRU DEL Bº DE LAS PALMERAS-ELECTROMECÁNICA	CÓRDOBA	567		1.639.110,81	3.044.062,93				4.683.173,74
ARRU DEL Bº HUERTA CARRASCO-ESPARRAGUERA	MOTRIL	318		1.089.213,33	2.022.824,75				3.112.038,08
ARRU DE LA BARRIADA LAS FLORES	PINOS PUENTE	275		297.854,38	553.158,12				851.012,50
ARRU DE LAS BARRIADAS DE LA ORDEN SANTA ISABEL Y EL TORREJÓN	HUELVA	885		2.609.227,81	4.845.708,79				7.454.936,60
ARRU DE LA BARRIADA ARRAYANES	LINARES	516		759.745,00	1.410.955,00				2.170.700,00
ARRU DEL CENTRO HISTÓRICO	CASARES	27		225.433,28	418.661,80				644.095,08
ARRU DEL CENTRO HISTÓRICO	MÁLAGA	437		1.138.021,70	2.113.468,87				3.251.490,57
ARRU DE LA BARRIADA LA CORTA	MÁLAGA	220		1.118.736,08	2.077.652,74				3.196.388,82
ARRU DE LA BARRIADA LAS VIÑAS	LORA DEL RIO	156		254.082,20	471.866,95				725.949,15
ARRU DE LA BARRIADA EL RANCHO	MORÓN DE LA FRONTERA	249		255.246,91	474.029,95				729.276,86
ARRU DEL BARRIO DE LA CHANCA	ALMERIA		65	2.070.682,50	3.228.460,00				5.299.142,50
ARRU DEL CENTRO HISTÓRICO	ÚBEDA	16	19	592.863,32	821.569,02				1.414.432,34
ARRU BARRIADA ANTONIO MURO	PUERTO REAL	100		327.145,00	607.555,00				934.700,00
ARRU Bº TRINIDAD ESTE-PERCHEL NORTE	MÁLAGA	103		295.516,38	548.816,12				844.332,50
ARRU BARRIADA POLÍGONO EL VALLE	JAEN	214		875.018,25	1.638.862,32				2.513.880,57
ARRU Bº ESPERANZA-FUENTECICA	ALMERÍA	106		609.770,00	1.132.430,00				1.742.200,00
ARRU SANTA ADELA, TERCERA FASE DE LA U.E.-3	GRANADA		128	4.246.714,10	3.598.025,79	3.598.025,79		895.778,29	12.338.543,97
TOTAL		31	8.475	33.608.655,47	60.475.032,14	3.598.025,79	0,00	895.778,29	98.577.491,69

ACUERDOS SUSCRITOS EN ARAGÓN									
ACTUACIÓN	MUNICIPIO	Nº VIVIENDAS		APORTACIONES					
		REHABILITACIÓN	RENOVACIÓN	MINISTERIO	COMUNIDAD AUTÓNOMA	AYUNTAMIENTO	OTRA ADMON	PROMOTOR PARTICULARES	TOTAL
ARRU CASCO ANTIGUO DE MONZÓN (HUESCA)	MONZÓN	40	20	1.030.000,00	502.500,00	780.000,00		1.037.500,00	3.350.000,00
ARRU SABIÑANIGO (HUESCA)	SABIÑANIGO	20		153.365,10	65.727,90	104.800,00		114.293,00	438.186,00
ARRU CENTRO HISTÓRICO DE BARBASTRO (HUESCA)	BARBASTRO	80	5	1.072.500,00	502.500,00	300.000,00		1.475.000,00	3.350.000,00
ARRU Bº DE SANTIGO, MAZADOR Y ALMUDINES EN ALCAÑIZ (TERUEL)	ALCAÑIZ	20	35	1.324.500,00	642.300,00	500.500,00		1.814.700,00	4.282.000,00
ARRU DE TARAZONA	TARAZONA	160		1.368.500,00	586.500,00	600.000,00		1.355.000,00	3.910.000,00
ARRU CASCO HISTÓRICO DE BINEFAR	BINEFAR	25		194.550,00	100.581,95	251.746,36		123.668,05	670.546,36
ARRU CONJUNTO HISTÓRICO DE HUESCA 3ª FASE	HUESCA	45		350.000,00	150.000,00	150.000,00		350.000,00	1.000.000,00
ARRU CENTRO HISTÓRICO DE EJEA DE LOS CABALLEROS 3ª FASE	EJEA DE LOS CABALLEROS	32		350.000,00	150.000,00	144.000,00		356.000,00	1.000.000,00
ARRU EN ZARAGOZA 3ª FASE	ZARAGOZA	163		705.200,00	150.000,00	211.750,00		933.050,00	2.000.000,00
ARRU CASCO HISTÓRICO DE FRAGA	FRAGA	18	2	304.620,00	146.988,47	181.600,00		346.714,68	979.923,15
ARRU CASCO HISTÓRICO DE JACA	JACA	35	6	460.734,54	150.000,00	395.121,61		690.529,20	1.696.385,35
ARRU CENTRO HISTÓRICO DE CALATAYUD	CALATAYUD	12	7	389.500,00	150.000,00	781.323,99		731.900,00	2.052.723,00
ARRU NUCLEO PRIMITIVO DEL SIGLO XII DE CASPE 2ª FASE	CASPE	55	9	422.600,00	150.000,00	227.699,99		399.700,01	1.200.000,00
ARRU HUESCA 2ª FASE (**)	HUESCA	25		282.496,80	109.013,08	109.010,84		693.004,86	1.193.525,58
TOTAL		14	730	8.408.566,44	3.556.111,40	4.737.551,80	0,00	10.421.059,80	27.123.289,44

ACUERDOS SUSCRITOS EN ASTURIAS									
ACTUACIÓN	MUNICIPIO	Nº VIVIENDAS		APORTACIONES					
		REHABILITACIÓN	RENOVACIÓN	MINISTERIO	COMUNIDAD AUTÓNOMA	AYUNTAMIENTO	OTRA ADMON	PROMOTOR PARTICULARES	TOTAL
ARRU POLA DE SIERO	SIERO	100		551.000,00	90.300,00	693.117,00		468.700,00	1.803.117,00
ARRU DE VILLANUEVA DE OSCOS	VILLANUEVA DE OSCOS	9		54.316,96	32.125,00	17.349,35		51.400,00	155.191,31
ARRU REBLINCO VILLALEGRE DE AVILÉS	AVILÉS		30	758.250,00	0,00	1.408.178,57		0,00	2.166.428,57
ARRU DE LA PERAL EN ILLAS	ILLAS	10		98.140,00	27.300,00	13.260,00		141.700,00	280.400,00
TOTAL		4	119	1.461.706,96	149.725,00	2.131.904,92	0,00	661.800,00	4.405.136,88

ACUERDOS SUSCRITOS EN BALEARES									
ACTUACIÓN	MUNICIPIO	Nº VIVIENDAS		APORTACIONES					
		REHABILITACIÓN	RENOVACIÓN	MINISTERIO	COMUNIDAD AUTÓNOMA	AYUNTAMIENTO	OTRA ADMON	PROMOTOR PARTICULARES	TOTAL
ARRU DE ES MERCADAL I FORNELLS	ES MERCADAL	10	2	200.000,00		69.095,71		302.332,86	571.428,57
ARRU DE MAHÓN	MAHÓN	45		607.499,41		236.930,95		891.282,24	1.735.712,60
ARRU DE ALAIOR	ALAIOR	30		400.500,00		528.593,20		604.500,00	1.533.593,20
TOTAL	3	85	2	1.207.999,41	0,00	834.619,86	0,00	1.798.115,10	3.840.734,37

ACUERDOS SUSCRITOS EN CANARIAS									
ACTUACIÓN	MUNICIPIO	Nº VIVIENDAS		APORTACIONES					
		REHABILITACIÓN	RENOVACIÓN	MINISTERIO	COMUNIDAD AUTÓNOMA	AYUNTAMIENTO	CABILDO	PROMOTOR PARTICULARES	TOTAL
ARRU Bº DE LAS ROSAS DE ARMEÑIME	ADEJE	76		438.029,62	211.066,02	487.509,73	123.500,00	0,00	1.260.105,37
ARRU POLIGONO OFRA	STA. CRUZ TENERIFE	100		478.672,05	298.392,80	267.314,13	186.495,88	136.759,56	1.367.634,42
ARRU Bº DE LA VICTORIA	STA. CRUZ TENERIFE	88		171.717,08	171.717,41	63.553,57	34.566,15	49.066,02	490.620,23
ARRU Bº DE MIRAMAR I	STA. CRUZ TENERIFE	42		157.262,14	119.820,31	127.305,90	0,00	44.932,04	449.320,39
ARRU Bº DE MIRAMAR II	STA. CRUZ TENERIFE	96		455.419,33	283.897,76	254.325,08	177.436,09	130.119,81	1.301.198,07
ARRU SANTA Mª DEL MAR	STA. CRUZ TENERIFE	12		45.936,50	35.074,49	37.111,45	0,00	13.124,71	131.247,15
ARRU DE LA SALUD I	STA. CRUZ TENERIFE	222		840.821,58	640.625,97	400.391,23	280.273,86	240.234,73	2.402.347,37
ARRU TAMARACEITE	LAS PALMAS DE GRAN CANARIA	0	155	2.483.388,29	2.917.920,82	6.036.758,10	0,00	465.000,00	11.903.067,21
ARRU CUARTERÍA DE MATA	LAS PALMAS DE GRAN CANARIA	0	37	677.705,35	658.052,96	817.893,62	0,00	0,00	2.153.651,93
ARRU DE TITERROY	ARRECIFE		20	762.000,00	666.733,32	631.472,64	0,00	162.238,44	2.222.444,40
ARRU DE VALTERRA	ARRECIFE		20	744.703,03	642.687,60	598.514,05	0,00	156.387,32	2.142.292,00
ARRU SANTA Mª DEL MAR II	STA. CRUZ TENERIFE	112		539.000,00	336.000,00	301.000,00	210.000,00	154.000,00	1.540.000,00
ARRU DE CUESTA PIEDRA	STA. CRUZ TENERIFE		108	246.629,24	229.363,89	212.098,54	76.454,63	0,00	764.546,30
ARRU Nª Sª CANDELARIA	STA. CRUZ TENERIFE		115	3.592.994,57	3.677.442,90	2.117.528,43	1.186.307,70	1.728.199,85	12.302.473,45
ARRU FCO. JAVIER CENTURIÓN	SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA		56	2.384.000,00	1.638.443,36	2.293.179,14	701.735,84	0,00	7.017.358,34
ARRU LA VERDELLADA 4ª FASE	SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA	140		587.549,21	420.000,00	335.756,15	277.994,71	57.411,94	1.678.712,01
ARRU EL CARDONAL	SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA	168		451.908,49	387.350,13	319.859,25	0,00	132.049,22	1.291.167,09
ARRU PRINCESA YBALLA LA FLORIDA	SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA	104		360.338,64	308.861,69	236.373,58	0,00	123.965,05	1.029.538,96
ARRU DE ANTON GUANCHE	CANDELARIA	70		358.435,00	210.000,00	188.790,00	91.875,00	175.000,00	1.024.100,00
ARRU "EL ROQUE"	MOYA	81		367.571,00	75.000,00	215.030,93	440.621,08	22.517,59	1.120.740,60
ARRU "VALLE DE JINAMAR"	TELDE	480		1.668.531,21	400.000,00	1.447.605,53	1.440.000,00	106.671,99	5.062.808,73
ARRU ESCALERITAS	LAS PALMAS DE GRAN CANARIA	192		436.800,00	275.000,00	536.200,00			1.248.000,00
TOTAL	22	1.983	511	18.249.412,33	14.603.451,43	17.925.571,05	5.227.260,94	3.897.678,27	59.903.374,02

ACUERDOS SUSCRITOS EN CASTILLA LA MANCHA									
ACTUACIÓN	MUNICIPIO	Nº VIVIENDAS		APORTACIONES					
		REHABILITACIÓN	RENOVACIÓN	MINISTERIO	COMUNIDAD AUTÓNOMA	AYUNTAMIENTO	OTRA ADMON	PROMOTOR PARTICULARES	TOTAL
ARRU CASCO HISTÓRICO DE SIGÜENZA	SIGÜENZA	101	4	883.522,44	0,00	425.969,68		1.214.857,74	2.524.349,86
ARRU CASCO HISTÓRICO DE TOLEDO	TOLEDO	87		1.006.179,87	298.820,13		1.553.658,58	339.712,47	3.198.371,05
TOTAL	2	188	4	1.889.702,31	298.820,13	425.969,68	1.553.658,58	1.554.570,21	5.722.720,91

ACUERDOS SUSCRITOS EN CASTILLA Y LEÓN									
ACTUACIÓN	MUNICIPIO	Nº VIVIENDAS		APORTACIONES					
		REHABILITACIÓN	RENOVACIÓN	MINISTERIO	COMUNIDAD AUTÓNOMA	AYUNTAMIENTO	OTRA ADMON	PROMOTOR PARTICULARES	TOTAL
ARRU 29 DE OCTUBRE DE VALLADOLID	VALLADOLID		87	3.284.288,92	1.888.926,27	2.231.216,13		3.804.586,17	11.209.017,49
ARRU DEL Bº DE SAN CRISTÓBAL EN BURGOS	BURGOS	320		2.566.458,39	1.737.327,38	1.737.327,38		1.291.625,11	7.332.738,26
ARRU CASCO HISTORICO DE CASTROJERIZ 2ª FASE	CASTROJERIZ	65		617.500,00	487.500,00	325.000,00		520.000,00	1.950.000,00
ARRU NUCLEO RURAL DE MELGAR DE FERNAMENTAL 2ª FASE	MELGAR DE FERNAMENTAL	9		110.700,00	85.500,00	59.000,00		100.800,00	356.000,00
ARRU LEON OESTE (ZONAS DE PINILLA, QUEVEDO, LA VEGA, LA SAL, ARMUNIA Y TROBAJO) EN LEÓN	LEÓN	404		2.100.118,05	1.500.084,32	1.500.084,32		900.050,59	6.000.337,28
ARRU BARRIO DE SAN JOSE OBRERO-EL PALO DE MIRASIERRA 2ª FASE	SEGOVIA	101		812.036,60	596.355,40	737.228,20		239.801,40	2.385.421,60
ARRU CENTRO HISTÓRICO DE LAS CANONJÍAS 2ª FASE	SEGOVIA	164		793.082,50	447.110,54	520.924,92		504.832,04	2.265.950,00
ARRU DEL MUNICIPIO RURAL LA PEDRAJA DE PORTILLO 2ª FASE	LA PEDRAJA DE PORTILLO	68		607.500,00	482.500,00	365.000,00		475.000,00	1.930.000,00
ARRU DEL MUNICIPIO RURAL DE VILLANUEVA DE DUERO 2ª FASE	VILLANUEVA DE DUERO	39		346.000,00	275.000,00	209.480,00		269.520,00	1.100.000,00
ARRU DEL BARRIO DEGRADADO DE BENAVENTE 2ª FASE	BENAVENTE	133		785.930,25	561.378,75	898.206,00		0,00	2.245.515,00
ARRU VIVIENDAS DE LA OBRA SINDICAL DEL HOGAR 2ª FASE	ZAMORA	330		492.788,93	351.992,09	312.781,64		250.405,71	1.407.968,37
ARRU DE CANDELARIO (SALAMANCA)	CANDELARIO	35		244.300,00	56.607,45	227.900,00		377.892,55	906.700,00
ARRU DEL CENTRO HISTÓRICO DE MOGARRAZ (SALAMANCA)	MOGARRAZ	41		216.220,00	51.384,65	78.580,00		287.415,35	633.600,00
ARRU DE PEÑARANDA DE BRACAMONTE (SALAMANCA)	PEÑARANDA DE BRACAMONTE	35		170.019,65	40.448,98	98.181,81		258.288,79	566.939,23
ARRU DE MEDINA DEL CAMPO (VALLADOLID)	MEDINA DEL CAMPO	105		942.211,17	496.065,65	670.792,25		1.602.825,39	3.711.894,46
ARRU CASASECA DE CAMPEÁN (ZAMORA)	CASASECA DE CAMPEÁN	7		60.313,75	13.975,46	40.930,00		57.105,79	172.325,00
ARRU DE CASTROVERDE DE CAMPOS (ZAMORA)	CASTROVERDE DE CAMPOS	65		525.029,37	121.656,05	251.958,57		601.439,93	1.500.083,92
ARRU DE MONTAMARTA (ZAMORA)	MONTAMARTA	35		241.022,55	55.848,02	62.672,03		329.093,25	688.635,85
ARRU MANCOMUNIDAD HABITAT RURAL	VILLAFÁFILA Y VARIOS MUNICIPIOS	86		550.223,37	366.930,99	362.386,64		451.015,28	1.730.556,28
ARRU DE VILLALOBOS (ZAMORA)	VILLALOBOS	20		171.745,00	39.795,52	40.280,00		238.879,48	490.700,00
ARRU DE LAGUNILLA (SALAMANCA)	LAGUNILLA	15		103.500,00	24.190,83	95.987,83		160.094,89	383.773,55
ARRU "EBRO-ENTREVÍAS" EN MIRANDA DE EBRO (BURGOS)	MIRANDA DE EBRO	115		1.007.046,25	657.350,00	465.878,57		802.714,47	2.932.989,29
ARRU TIERRAS DEL RENACIMIENTO	VARIOS MUNICIPIOS	240		1.916.742,40		885.378,76		2.674.285,72	5.476.406,88
TOTAL	23	2.432	87	18.664.777,15	10.337.928,35	12.177.175,05	0,00	16.197.671,91	57.377.552,46

ACUERDOS SUSCRITOS EN CATALUÑA									
ACTUACIÓN	MUNICIPIO	Nº VIVIENDAS		APORTACIONES					
		REHABILITACIÓN	RENOVACIÓN	MINISTERIO	COMUNIDAD AUTÓNOMA	AYUNTAMIENTO	OTRA ADMON	PROMOTOR PARTICULARES	TOTAL
ARRU DEL BON PASTOR	BARCELONA		167	5.099.269,05	3.866.641,24	2.502.608,26		6.521.247,85	17.989.766,40
ARRU TRINITAT NOVA	BARCELONA		103	3.141.500,00	6.043.196,00	0,00		9.184.696,00	
ARRU EDIFICI WALDEN	SANT JUST DESVERN	446		412.363,52	117.818,15	0,00		647.999,82	1.178.181,49
ARRU BARRIO DE CANYELLES	BARCELONA	1.451		3.994.344,13	3.682.575,65	4.442.587,32		2.138.736,55	14.258.243,65
ARRU CAN JOFRESA	TERRASSA	420		775.967,08	1.906.661,97				2.682.629,05
TOTAL		5	2.317	13.423.443,78	15.616.893,01	6.945.195,58	0,00	9.307.984,22	45.293.516,59

ACUERDOS SUSCRITOS EN EXTREMADURA									
ACTUACIÓN	MUNICIPIO	Nº VIVIENDAS		APORTACIONES					
		REHABILITACIÓN	RENOVACIÓN	MINISTERIO	COMUNIDAD AUTÓNOMA	AYUNTAMIENTO	OTRA ADMON	PROMOTOR PARTICULARES	TOTAL
ARRU EL CAMPILLO	BADAJOS	5	50	1.812.500,00	690.000,00			4.723.820,00	7.226.320,00
ARRU FEDERICO GARCIA LORCA	ALMENDRALEJO		54	2.216.151,74	676.230,74			2.782.315,99	5.674.698,47
ARRU BARRIO DE LOS CONQUISTADORES	VILLANUEVA DE LA SERENA		40	1.256.000,00	1.879.527,46			822.110,86	3.957.638,32
TOTAL		3	5	5.284.651,74	3.245.758,20	0,00	0,00	8.328.246,85	16.858.656,79

ACUERDOS SUSCRITOS EN GALICIA									
ACTUACIÓN	MUNICIPIO	Nº VIVIENDAS		APORTACIONES					
		REHABILITACIÓN	RENOVACIÓN	MINISTERIO	COMUNIDAD AUTÓNOMA	AYUNTAMIENTO	OTRA ADMON	PROMOTOR PARTICULARES	TOTAL
ARRU ENTORNO SAGRADA FAMILIA	A CORUÑA	45		251.000,00	245.000,00	226.500,00		87.500,00	810.000,00
ARRU CASCO HISTÓRICO DE LA CIUDAD VIEJA Y PESCADERÍA	A CORUÑA	55		447.809,62	264.000,00	380.875,00		449.672,52	1.542.357,14
ARRU VIVIENDAS OS MARINEIROS	A CORUÑA	38		213.900,00	210.000,00	195.100,00		75.000,00	694.000,00
ARRU GRUPO VIVIENDAS SANTA CRISTINA DE PALAVEA	A CORUÑA	32		145.463,30	210.000,00	205.150,00		130.386,70	691.000,00
ARRU Bº DE A GRAÑA	FERROL	6		40.044,40	28.760,84	95.619,74		101.245,31	265.670,29
ARRU BARRIOS VELLO Y LA MAGDALENA	FERROL	21		189.723,26	138.042,22	259.500,00		392.650,45	979.915,93
ARRU CASCO HISTÓRICO DE MUROS	MUROS	8		51.689,44	31.489,43	17.780,00		429.975,26	530.934,13
ARRU CASCO URBANO DE PADRÓN (*)	PADRÓN	0		6.414,97	4.914,97	80.268,66		0,00	91.598,60
ARRU CASCO HISTÓRICO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA	SANTIAGO COMPOSTELA	21		135.437,99	67.010,78	214.934,02		233.897,55	651.280,34
ARRU CASCO HISTÓRICO DE LUGO (*)	LUGO	0		67.249,43	31.762,06	93.129,75		0,00	192.141,24
ARRU CASCO HISTÓRICO DE MONDOÑEDO	MONDOÑEDO	23		194.572,26	120.000,00	176.166,60		548.598,47	1.039.337,33
ARRU CASCO HISTÓRICO DE RIBADEO	RIBADEO	15		121.845,57	102.105,33	139.094,67		318.069,09	681.114,66
ARRU NÚCLEO DE RINLO	RIBADEO	7		52.138,49	49.806,45	77.746,85		29.875,31	209.567,10
ARRU DE SOBER	SOBER	13		96.054,70	82.347,49	85.910,00		135.866,41	400.178,60
ARRU CASCO ANTIGUO DE VILALBA	VILALBA	3		20.103,13	30.053,25	254.641,17		11.413,63	316.211,18
ARRU CENTRO HISTÓRICO DE VIVEIRO	VIVEIRO	12		83.222,30	81.936,24	393.677,41		219.094,51	777.930,46
ARRU CASCO HISTÓRICO DE OURENSE	OURENSE	18		100.094,42	88.731,34	121.759,85		105.251,43	415.837,04
ARRU DO POLVORÍN, CAMELIAS E CARBALLEIRA	OURENSE	8		59.975,74	107.294,36	256.577,55		31.527,36	455.375,01
ARRU DEL CENTRO HISTÓRICO DE RIBADAVIA	RIBADAVIA	2		18.200,00	26.500,00	155.963,01		176.921,90	377.584,91
ARRU CASCO HISTÓRICO DE VERÍN	VERÍN	4		38.994,88	40.994,88	110.454,80		185.441,80	375.886,36
ARRU ZONA ANTIGUA VILLA DE BAIONA	BAIONA	4		36.400,00	34.071,68	359.898,07		261.219,36	691.589,11
ARRU CASCO VIEJO DE CANGAS	CANGAS	8		44.000,00	60.000,00	194.424,16		398.144,00	696.568,16
ARRU VILA DE MARÍN	MARÍN	24		151.695,06	95.369,66	111.411,39		110.832,64	469.308,75
ARRU NÚCLEO DE ESTRIBELA	PONTEVEDRA	32		164.547,62	122.199,30	177.981,07		60.391,12	525.119,11
ARRU CASCO HISTÓRICO DE VIGO	VIGO	44		397.908,62	281.389,26	800.146,48		852.712,53	2.332.156,89
ARRU CASCO HISTÓRICO DE VIGO-BOUZAS	VIGO	11		82.500,00	73.710,83	227.343,31		242.038,61	625.592,75
ARRU DEL Bº ESTEIRO VELLO	FERROL	21		126.000,00		88.500,00		175.500,00	390.000,00
ARRU DEL CH DE CORCUBIÓN	CORCUBIÓN	10		62.580,00		55.000,00		106.934,29	224.514,29
ARRU DEL GRUPO DE VIVIENDAS SANTA CRISTINA PALAVEA	CORUÑA (A)	204		963.900,00		1.280.100,00		510.000,00	2.754.000,00
ARRU DEL Bº DE A GRAÑA	FERROL	5		30.000,00		57.500,00		51.071,43	138.571,43
ARRU DEL CH DE MUROS	MUROS	7		44.700,00		87.477,00		50.514,29	182.691,29
ARRU DEL CASCO ANTIGUO DE NEDA	NEDA	7		44.700,00		6.500,00		76.514,28	127.714,28
ARRU DEL CH DE NOIA	NOIA	25		150.231,65		74.472,22		225.588,22	450.292,09
ARRU DEL CASCO ANTIGUO DE PADRON	PADRÓN	21		93.510,00		83.290,00		130.371,43	307.171,43
ARRU DE RIANXO, RIANXIÑO E A FINCHEIRA	RIANXO	7		44.700,00		96.500,00		76.514,29	217.714,29
ARRU DEL POLIGONO DE VISTA ALEGRE	SANTIAGO DE COMPOSTELA	80		626.875,23		134.030,38		1.089.911,13	1.850.816,74
ARRU DEL Bº DE PONTEPEDRIÑA	SANTIAGO DE COMPOSTELA	30		67.080,00		51.664,86		96.720,00	215.464,86
ARRU DEL CH DE SANTIAGO DE COMPOSTELA	SANTIAGO DE COMPOSTELA	40		206.044,77		67.716,93		345.511,72	619.273,42
ARRU DE LOS BºS VELLO Y LA MAGDALENA	FERROL	121	3	744.000,00		315.714,29		1.066.000,00	2.125.714,29

ARRU SAN VICENTE DE ELVIÑA	CORUÑA (A)	24		113.400,00		150.600,00		60.000,00	324.000,00	
ARRU DEL GRUPO DE VIVIENDAS OS MARIÑEÍROS	CORUÑA (A)	25		118.125,00		156.875,00		62.500,00	337.500,00	
ARRU CASCO ANTIGUO DE CHANTADA	CHANTADA	13		58.110,00		37.250,00		95.847,14	191.207,14	
ARRU CASCO ANTIGUO DE VILANOVA DE LOURENZA	VILANOVA DE LOURENZA	7		44.700,00		6.500,00		76.514,28	127.714,28	
ARRU CH DE MONDOÑO	MONDOÑO	22		111.750,00		58.301,82		187.107,14	357.158,96	
ARRU CH BURGO MEDIEVAL-ZONA DE INFLUENCIA	MONFORTE DE LEMOS	7		44.700,00		0,00		83.014,28	127.714,28	
ARRU DEL AMBITO PLAZA MAYOR Y PALACIO DE MONDELO	QUIROGA	7		67.050,00		144.151,39		104.923,32	316.124,71	
ARRU CH DE RIBADEO	RIBADEO	11		101.834,92		140.509,09		138.050,57	380.394,58	
ARRU NÚCLEO DE RINLO EN RIBADEO	RIBADEO	5		45.675,08		49.915,70		64.066,58	159.657,36	
ARRU CASCO ANTIGUO DE SARRIA	SARRIA	19		111.750,00		70.385,71		137.150,00	319.285,71	
ARRU MR DE SOBER	SOBER	30		178.800,00		66.857,14		265.200,00	510.857,14	
ARRU CASCO ANTIGUO DE VILALBA	VILALBA	12		40.230,00		182.283,90		63.570,00	286.083,90	
ARRU CH DE VIVEIRO	VIVEIRO	30		178.800,00		210.684,70		241.800,00	631.284,70	
ARRU CH DE LUGO	LUGO	21		240.000,00		16.714,29		429.000,00	685.714,29	
ARRU CH DE CASTRO CALDELAS	CASTRO CALDELAS	22		129.630,00		127.205,71		198.027,14	454.862,85	
ARRU ENTORNOS MONASTERIO DE CELANOVA Y BURGO MEDIEVAL DE VILANOVA DOS INFANTES EN CELANOVA	CELANOVA	22		98.340,00		65.900,00		145.302,85	309.542,85	
ARRU BARRIOS SERRA DE SAN MAMEDE, CRUCEIRO QUEBRADO E A INMACULADA EN OURENSE	OURENSE	15		89.991,00		9.268,99		157.857,14	257.117,13	
ARRU DO POLVORIN, CAMELIAS E CARBALLEIRA EN OURENSE	OURENSE	111		641.435,85		9.166,57		1.182.071,43	1.832.673,85	
ARRU NÚCLEO HISTÓRICO DE SEIXALBO EN OURENSE	OURENSE	4		48.495,15		8.348,13		81.714,28	138.557,56	
ARRU CH DE OURENSE	OURENSE	45		269.973,00		9.235,56		492.142,86	771.351,42	
ARRU CH DE RIBADAVIA	RIBADAVIA	19		116.220,00		80.500,00		198.194,28	394.914,28	
ARRU BARRIOS ORIXINARIOS DE SAN CIBRAO DAS VIÑAS	SAN CIBRAO DAS VIÑAS	6		35.760,00		41.805,15		48.534,85	126.100,00	
ARRU CH DE VERIN	VERIN	18		89.400,00		2.785,71		163.242,86	255.428,57	
ARRU MR NÚCLEO ANTIGUO VILAR DE SANTOS	VILAR DE SANTOS	22		134.100,00		20.428,57		228.614,29	383.142,86	
ARRU ALDEAS E LUGARES DE SANTA MARIÑA EN AUGAS SANTAS	ALLARIZ	5		30.000,00		55.714,29			85.714,29	
ARRU CENTRO HISTÓRICO DE XUNQUEIRA DE AMBÍA	XUNQUEIRA DE AMBÍA	14	4	111.750,00		15.950,00	41.300,00	150.285,72	319.285,72	
ARRU ZONA ANTIGUA VILLA DE BAIONA	BAIONA	15		89.400,00		64.600,00		130.000,00	284.000,00	
ARRU CH DE CANGAS	CANGAS	15		93.870,00		30.308,59		144.021,44	268.200,03	
ARRU DE LA VILLA DE MARIN	MARIN	99		334.313,00		81.617,00	120.000,00	419.250,00	955.180,00	
ARRU CH DE COMBARRO EN POIO	POIO	16		94.222,51		52.342,49		131.832,75	278.397,75	
ARRU NÚCLEO DE ESTRIBELA	PONTEVEDRA	58		125.361,55		96.356,97		142.524,67	364.243,19	
ARRU CH DE PONTEVEDRA	PONTEVEDRA	100		624.638,45		225.831,50		934.211,31	1.784.681,26	
ARRU CH DE TUI	TUI	8		49.170,00		16.910,30		74.405,40	140.485,70	
ARRU CH VIGO-BOUZAS EN VIGO	VIGO	20		167.320,00		134.400,00		217.880,00	519.600,00	
ARRU GRUPO DE CASAS SANTA CLARA. CABRAL EN VIGO	VIGO	18		78.153,00		61.000,00		128.427,00	267.580,00	
ARRU CH DE VIGO	VIGO	50		431.124,00		311.000,00		568.516,00	1.310.640,00	
ARRU DE RUAS BUEU-MOÑA POLÍGONO COIA EN VIGO	VIGO	48		373.391,60		280.000,00		470.584,40	1.123.976,00	
ARRU CASCO ANTIGUO VILLAGARCIA DE AROUSA	VILLAGARCIA DE AROUSA	11		65.560,00		44.042,35		107.856,66	217.459,01	
ARRU NÚCLEO DE VILAXOAN EN VILLAGARCIA DE AROUSA	VILLAGARCIA DE AROUSA	11		65.560,00		44.042,35		107.856,66	217.459,01	
ARRU CH DE CAMBADOS	CAMBADOS	59	1	357.600,00		254.428,57		442.173,42	1.054.201,99	
ARRU NÚCLEO DE CARRILO EN VILLAGARCIA DE AROUSA	VILLAGARCIA DE AROUSA	11		65.560,00		44.042,35		107.856,66	217.459,01	
ARRU CAMINOS DE SANTIAGO 3ª FASE		300		2.700.000,00				5.014.285,71	7.714.285,71	
TOTAL		81	2.407	8	15.380.570,96	2.627.490,37	11.288.779,13	161.300,00	23.785.290,13	53.243.430,59

ACUERDOS SUSCRITOS EN LA RIOJA

ACTUACIÓN	MUNICIPIO	Nº VIVIENDAS		APORTACIONES					TOTAL
		REHABILITACIÓN	RENOVACIÓN	MINISTERIO	COMUNIDAD AUTÓNOMA	AYUNTAMIENTO	OTRA ADMON	PROMOTOR PARTICULARES	
ARRU BARRIADA GRUPO DEL ESTE DE ARNEDO (LA RIOJA)	ARNEDO	44		478.894,83	431.005,35	215.502,68		333.054,62	1.458.457,48
TOTAL	1	44	0	478.894,83	431.005,35	215.502,68	0,00	333.054,62	1.458.457,48

ACUERDOS SUSCRITOS EN MADRID

ACTUACIÓN	MUNICIPIO	Nº VIVIENDAS		APORTACIONES					TOTAL
		REHABILITACIÓN	RENOVACIÓN	MINISTERIO	COMUNIDAD AUTÓNOMA	AYUNTAMIENTO	OTRA ADMON	PROMOTOR PARTICULARES	
ARRU DE MANOTERAS	MADRID	200		1.900.000,00		928.572,00		2.600.000,00	5.428.572,00
ARRU CALLE TOLEDO, CONDE DUQUE Y LAVAPIES	MADRID	700		6.650.000,00		3.250.000,00		9.100.000,00	19.000.000,00
ARRU DE MORATALAZ	MADRID	300		2.850.000,00		1.392.857,50		3.900.000,00	8.142.857,50
ARRU COLONIA EXPERIMENTALES DE VILLAVERDE	MADRID	408		1.917.000,00		399.286,00		3.160.856,87	5.477.142,87
ARRU DE SAN NICOLAS ARECHAVALA-CIUDAD DE LOS ANGELES	MADRID	300		2.850.000,00		1.392.857,50		3.900.000,00	8.142.857,50
ARRU DEL BARRIO AEROPUERTO	MADRID	150		1.425.000,00		696.429,00		1.950.000,00	4.071.429,00
ARRU U.V.A. DE HORTALEZA	MADRID		108	3.486.191,70		913.099,00		6.071.934,17	10.471.224,87
ARRU CH	ALCALÁ DE HENARES	300		3.717.375,00		1.029.321,00		5.874.375,50	10.621.071,50
ARRU SIERRA NORTE EN HORCAJUELO DE LA SIERRA, MONTEJO DE LA SIERRA, LA HIRUELA	MANCOMUNIDAD SIERRA DEL RINCON	150		1.503.387,40		696.429,00		2.095.576,31	4.295.392,71
ARRU DE VILLAFONTANA	MOSTOLES	116		1.102.000,00		538.572,00		1.508.000,00	3.148.572,00
ARRU DE TORREJÓN DE ARDOZ	TORREJÓN DE ARDOZ	200		2.459.980,00		942.820,00		3.640.000,00	7.042.800,00
TOTAL	11	2.824	108	29.860.934,10	0,00	12.180.243,00	0,00	43.800.742,85	85.841.919,95

ACUERDOS SUSCRITOS EN MURCIA									
ACTUACIÓN	MUNICIPIO	Nº VIVIENDAS		APORTACIONES					
		REHABILITACIÓN	RENOVACIÓN	MINISTERIO	COMUNIDAD AUTÓNOMA	AYUNTAMIENTO	OTRA ADMON	PROMOTOR PARTICULARES	TOTAL
ARRU LOS ROSALES DE EL PALMAR	MURCIA	379		996.100,00	250.022,50	1.599.877,50		0,00	2.846.000,00
ARRU BARRIO SAN JUAN	JUMILLA	75		603.487,50	211.220,62	0,00		909.541,88	1.724.250,00
ARRU CASCO ANTIGUO	JUMILLA	75		625.086,00	218.780,10	0,00		942.093,90	1.785.960,00
ARRU TORRE PACHECO	TORREPACHECO	80	3	967.283,00	254.313,67	355.763,80		1.201.283,33	2.778.643,80
ARRU DE CARTAGENA	CARTAGENA	770	32	2.490.103,00	632.100,00	639.332,20		3.353.044,80	7.114.580,00
ARRU DE LORCA	LORCA	335	74	2.791.429,25	200.000,00	0,00		6.807.304,91	9.798.734,16
ARRU DE LA ZONA COMERCIAL Y LOS ACCESOS PTO LUMBRERAS	PUERTO LUMBRERAS	75	20	1.585.000,00	288.750,00	0,00		2.357.725,00	4.231.475,00
ARRU EN EL CASCO URBANO DE CEHEGÍN	CEHEGÍN	50	6	870.000,00	192.500,00	260.064,00		1.163.240,00	2.485.804,00
ARRU DE LORQUÍ	LORQUÍ	29	1	266.895,80	56.663,53	137.155,75	80.000,00	301.320,10	842.035,18
ARRU BULLAS Y LA COPA	BULLAS	23		269.500,00	84.525,00	52.000,00		363.975,00	770.000,00
ARRU DE LA VEGA DEL SEGURA (**)	9 MUNICIPIOS	477		709.467,85	1.317.583,15				2.027.051,00
ARRU LA UNIÓN	LA UNIÓN	171	2	499.250,00	141.487,50	65.000,00		729.262,50	1.435.000,00
TOTAL		12	2.539	12.673.602,40	3.847.946,07	3.109.193,25	80.000,00	18.128.791,42	37.839.533,14

ACUERDOS SUSCRITOS EN VALENCIA									
ACTUACIÓN	MUNICIPIO	Nº VIVIENDAS		APORTACIONES					
		REHABILITACIÓN	RENOVACIÓN	MINISTERIO	COMUNIDAD AUTÓNOMA	AYUNTAMIENTO	OTRA ADMON	PROMOTOR PARTICULARES	TOTAL
ARRU DE SAN ANTON	ELCHE		308	7.208.021,47	6.111.383,76			7.556.667,20	20.876.072,43
ARRU CENTRO HISTORICO DE DENIA	DENIA	320		1.490.507,14	3.417.731,84	430.562,70		1.235.445,25	6.574.246,93
ARRU BARBACANA-PLAZA LES XIQUES	ALCOY	92		156.520,00	290.680,00				447.200,00
ARRU BARRIO DEL CARMEN	ALICANTE	802		1.359.540,00	2.524.860,00				3.884.400,00
ARRU BARRIO PALMERALES	ELCHE	276		740.740,00	1.375.660,00				2.116.400,00
ARRU BLOQUES 24 Y 25 DEL BARRIO SANTA ISABEL	SAN VICENTE DE RASPEIG	84		303.876,51	168.794,71	478.619,58			951.290,80
ARRU JOSE ORTIZ	ALMAZORA	38		458.000,00	1.268.400,00				1.726.400,00
ARRU SAN LORENZO	CASTELLÓN	161		238.420,00	442.780,00				681.200,00
ARRU DEL BARRIO LA COMA	PATERNA	800		1.142.960,00	2.122.640,00				3.265.600,00
ARRU ZONA DEL EIXAMPLE	QUART DE POBLET	128		477.200,00		406.532,50		331.800,00	1.215.532,50
ARRU BAJO VIAS	SAGUNTO	135		247.520,00	459.680,00				707.200,00
ARRU ARRABAL Y CASCO MEDIEVAL	CONCENTAINA		17	510.000,00		893.105,25			1.403.105,25
ARRU BARRIO SIMANCAS	GANDIA		104	2.728.258,56	1.700.000,00	2.698.955,86			7.127.214,42
ARRU DE ALCOY	ALCOY	200	16	1.670.000,00	360.000,00	2.036.000,00		1.124.000,00	5.190.000,00
ARRU CASCO ANTIGUO	LIRIA	80	20	1.647.500,00	480.000,00	1.537.500,00		975.000,00	4.640.000,00
ARRU DE ONTENIENTE	ONTENIENTE	35	20	1.095.000,00	220.000,00	210.000,00		1.609.285,71	3.134.285,71
ARRU CABAÑAL-CAÑAMELAR	VALENCIA	250	50	4.392.750,00	1.245.000,00	2.516.250,00		4.641.000,00	12.795.000,00
ARRU CASCO ANTIGUO	JATIVA	90	10	1.556.000,00	565.714,28	464.285,71		1.842.799,99	4.428.799,98
ARRU PLZA.DIVISION AZUL Nº 5 Y 6	ALICANTE	20		425.000,00	2.413.000,00				
TOTAL		19	3.511	27.847.813,68	25.166.324,59	11.671.811,60	0,00	19.315.998,15	81.163.948,02

ACUERDOS SUSCRITOS MELILLA									
ACTUACIÓN	MUNICIPIO	Nº VIVIENDAS		APORTACIONES					
		REHABILITACIÓN	RENOVACIÓN	MINISTERIO	COMUNIDAD AUTÓNOMA	AYUNTAMIENTO	OTRA ADMON	PROMOTOR PARTICULARES	TOTAL
ARRU CONJUNTO HISTÓRICO	MELILLA	75		291.580,00	210.000,00			331.505,70	833.085,70
TOTAL		1	75	291.580,00	210.000,00	0,00	0,00	331.505,70	833.085,70

TOTAL ACUERDOS SUSCRITOS									
ACTUACIONES	ACUERDOS	Nº VIVIENDAS		APORTACIONES					
		REHABILITACIÓN	RENOVACIÓN	MINISTERIO	COMUNIDAD AUTÓNOMA	AYUNTAMIENTO	OTRA ADMON	PROMOTOR PARTICULARES	TOTAL
TOTAL	232	27.734	2.203	188.732.312	140.566.486	87.241.543	7.022.220	158.758.288	579.482.848

Les personnes âgées sont des bénéficiaires potentiels de ces deux programmes d'aide.

ANNEXE 1 : AUTRES TEXTES DE DROIT EN MATIÈRE DE SANTÉ

Concernant le portefeuille de services :

- Arrêté ministériel SSI/1640/2012, du 18 juillet 2012, portant modification de l'annexe VI du décret royal 1030/2006, du 15 septembre 2006, portant création du portefeuille de services communs du système national de santé et adoption de la procédure pour sa mise à jour, et annexes I et III du décret royal 1205/2010, du 24 septembre 2010, portant adoption des critères pour l'inclusion des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales dans les prestations du système national de santé impliquant des aliments diététiques et pour la détermination des plafonds de financement.
- Arrêté ministériel SSI/2366/2012, du 30 octobre 2012, portant approbation du facteur commun pour la facturation des prestations impliquant des aliments diététiques.
- Arrêté ministériel SSI/566/2014, du 8 avril 2014, portant création du système informatisé du système national de santé pour la réception d'orthèses et de prothèses (SIRPO). Par cette voie, les entreprises peuvent informer le ministère de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité des produits qu'elles considèrent éligibles au financement par le système national de santé.

En application de cet arrêté, la Direction générale a publié au cours des sept derniers mois de 2014 quatre décisions de proposition de classification des fauteuils roulants (6 mai), des prothèses (16 juillet), des ortho-prothèses spéciales (26 août) et des prothèses externes (30 décembre) pour le SIRPO du SNS.

- Arrêté ministériel SSI/1329/2014, du 22 juillet 2014, portant modification du portefeuille commun additionnel de prestations impliquant des produits diététiques et adoption des critères régissant, d'une part, l'inclusion d'aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales dans l'offre de produits diététiques du système national de santé et, d'autre part, la détermination des plafonds de financement.
- Arrêté ministériel SSI/2065/2014, du 31 octobre 2014, portant modification des annexes I, II et III du décret royal 1030/2006, du 15 septembre 2006, portant création du portefeuille de services communs du système national de santé et adoption de la procédure pour sa mise à jour afin de constituer et de développer le portefeuille commun de services en matière de procréation médicalement assistée, de génétique et de criblage.
- Arrêté ministériel SSI/1356/2015, du 2 juillet 2015, portant modification des annexes II, III et VI du décret royal 1030/2006, du 15 septembre 2006, portant création du portefeuille de services communs du système national de santé, adoption de la procédure pour sa mise à jour en matière d'implants chirurgicaux et réglementation des études pour le monitoring des techniques, des technologies et des procédures.
- Décision du 3 septembre 2015 de la Direction générale du portefeuille de base des services du système national de santé, portant adoption des critères spécifiques applicables aux études de monitoring visés à l'annexe II de l'arrêté

SSI/1356/2015, du 2 juillet 2015, portant modification des annexes II, III et VI du décret royal 1030/2006, du 15 septembre 2006, portant création du portefeuille de services communs du système national de santé, adoption de la procédure pour sa mise à jour en matière d'implants chirurgicaux et réglementation des études pour le monitoring des techniques, des technologies et des procédures.

- Décision du 19 janvier 2016 de la Direction générale du portefeuille de base des services du système national de santé et de pharmacie, portant mise à jour de la classification des fauteuils roulants, des orthèses et des ortho-prothèses spéciales pour la réception informatisée au sein du système national de santé de communications relatives à ces produits.

En matière de tabagisme :

- **Loi 42/2010**, du 30 décembre 2010, portant modification de la loi 28/2005, du 26 décembre, portant adoption de mesures de santé publique contre le tabagisme et réglementation de la vente, la distribution, la consommation et la publicité des produits du tabac. Avec l'adoption de cette loi, l'Espagne a mis en œuvre, dans les plus brefs délais, les recommandations du Conseil du 30 novembre 2009 relative aux environnements sans tabac (2009/C 296/02) et s'est conformée aux prescriptions de la convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac, en particulier à celles de l'article 8.
- **Décret royal 639/2010** du 14 mai 2010 portant modification du décret royal 1079/2002, du 18 octobre 2002, portant réglementation des teneurs maximales des cigarettes en nicotine, goudron et monoxyde de carbone et de l'étiquetage des produits du tabac et adoption de mesures relatives aux ingrédients et aux dénominations des produits du tabac. Ce décret royal prescrit l'apposition sur les produits du tabac des avertissements combinés tels que définis à l'article 2.4 de la décision 2003/641/CE de la Commission, du 5 septembre 2003, sur l'utilisation de photographies en couleurs ou d'autres illustrations comme avertissements relatifs à la santé.
- **Décret-loi royal 14/2011**, du 16 septembre 2011, portant adoption de mesures complémentaires en matière de politiques d'emploi et de réglementation des activités des forces et corps de sécurité de l'État (la deuxième disposition additionnelle de ce décret-loi modifie l'article 4.b) de la loi 28/2005 sur la mise en place des distributeurs automatiques de tabac).

Vente et consommation d'alcool et publicité des boissons alcoolisées :

- [Décret royal 1100/1978](#),  du 21 mai 1978, portant réglementation de la publicité sur le tabac et les boissons alcoolisées dans les médias publics.
- [Décret royal 2816/1982](#),  du 27 août 1982, portant approbation du règlement général de police des spectacles publics et des activités de loisirs.
- [Loi générale sur la publicité 34/1988](#),  du 11 novembre 1988.
- [Arrêté ministériel du 7 novembre 1989](#),  portant interdiction de la vente et de la distribution de tabac et de boissons alcoolisées dans les établissements scolaires publics rattachés au ministère de l'Éducation et de la Science.

- [Décret royal 1045/1990](#),  du 27 juillet 1990, portant réglementation des tolérances pour la mention du titre alcoométrique volumique dans l'étiquetage des boissons alcoolisées destinées au consommateur final.
- [Loi organique 1/1992](#)  du 21 février 1992 sur la sécurité des citoyens.
- [Loi 22/1999](#),  du 7 juin 1999, portant modification de la loi 25/1994 du 12 juillet 1994 portant transposition de la directive 89/552/CEE visant à la coordination de certaines dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres relatives à l'exercice d'activités de radiodiffusion télévisuelle.
- [Décret royal 1334/1999](#),  du 31 juillet 1999, portant approbation des règles générales d'étiquetage, de présentation et de publicité des denrées alimentaires.
- [Décret royal 1428/2003](#),  du 21 novembre 2003, portant approbation du règlement général de circulation en application de la loi sur la circulation routière, la circulation des véhicules à moteur et de sécurité routière, approuvée par le décret royal législatif 333/1990, du 2 mars 1990 (Journal officiel espagnol n° 306 du 23 décembre 2003).
- [Loi 19/2007](#),  du 11 juillet 2007, pour la lutte contre la violence, le racisme et la xénophobie dans le sport, qui dispose, à son article 4, l'interdiction d'introduire, de vendre ou de consommer toute sorte de boissons alcoolisées et de drogues toxiques, de stupéfiants ou de substances psychotropes dans des installations accueillant des compétitions sportives.
- [Décret royal 1/2007](#),  du 16 novembre 2007 portant approbation de la loi générale pour la protection des consommateurs et des usagers et autres lois complémentaires.
- [Loi 29/2009](#),  du 30 décembre 2009, portant modification du cadre juridique applicable à la concurrence déloyale et à la publicité en vue d'une meilleure protection des consommateurs et des usagers.
- [Loi générale 7/2010](#)  du 31 mars 2010 sur la communication audiovisuelle.
- [Décret royal 200/2012](#),  du 23 janvier 2012, portant organisation du ministère de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité et modification du décret royal 1887/2011, du 30 décembre 2011, portant organisation des départements ministériels.
- [Décision du 10 décembre 2012](#)  de la présidence du Conseil supérieur des sports portant approbation de la liste des substances et des méthodes interdites dans le sport.
- [Loi 12/2012](#)  du 26 décembre 2012 portant adoption de mesures urgentes de libéralisation du commerce et de certains services.
- [Loi organique 3/2013](#)  du 20 juin 2013 sur la protection de la santé dans le sport et la lutte contre le dopage dans les activités sportives.

En matière de consommation d'alcool, toutes les Communautés autonomes se sont dotées de lois plus restrictives que la loi nationale. Textes disponibles sur : <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/alcohol/legislacionAutonomica.htm>

Interruption volontaire de grossesse :

- LOI ORGANIQUE 2/2010 du 3 mars 2010 sur la santé sexuelle et reproductive et l'interruption volontaire de grossesse (Journal officiel espagnol du 4 mars 2010).

- DÉCRET ROYAL 825/2010 du 25 juin 2010 portant application partielle de la loi organique 2/2010, du 3 mars 2010, sur la santé sexuelle et reproductive et l'interruption volontaire de grossesse (Journal officiel espagnol du 26 juin 2010).
- DÉCRET ROYAL 831/2010, du 25 juin 2010, sur la qualité des soins dans l'interruption volontaire de grossesse (Journal officiel espagnol du 26 juin 2010).
- ARRÊTÉ MINISTÉRIEL du 16 juin 1986 sur les statistiques et l'information épidémiologique en matière d'interruption volontaire de grossesse telle que prévue dans la loi organique 9/1985 du 5 juillet 1985 (Journal officiel espagnol du 3 juillet 1986).
- DÉCISION du Secrétariat général à la santé du 27 juillet 2007 sur les statistiques et l'information épidémiologique en matière d'interruption volontaire de grossesse telle que prévue dans la loi organique 9/1985 du 5 juillet 1985 (Journal officiel espagnol du 14 août 2007).
- DÉCRET ROYAL 1658/2012 du 7 décembre 2012 portant approbation du plan national de statistiques 2013/2016 (Journal officiel espagnol du 8 décembre 2012).

Professions de santé :

- Décret royal 639/2014 du 25 juillet 2014 portant réglementation des formations en tronc commun, de l'acquisition de nouvelles spécialisations médicales du même tronc et des formations spécifiques, adoption des règles applicables aux épreuves annuelles d'accès à des places de formation et à d'autres aspects du système de formation dans le domaine des sciences de la santé et création ou modification de certains diplômes de spécialiste.

La formation en tronc commun implique une évolution du système de formation et une adaptation des structures d'enseignement à de nouveaux programmes de formation et aux conditions de certification des établissements et unités de formation, conformément à la période de formation en tronc commun et à la période de formation spécifique dont se compose la formation complète en spécialités médicales des sciences de la santé.

La formation en tronc commun a également pour but d'apprendre aux professionnels de la santé qui ont acquis les compétences du tronc commun à traiter, dès le début de leur formation spécialisée, les problèmes de santé avec une approche intégrale et à travailler de sorte à fournir des soins de santé visant à répondre efficacement aux besoins des patients, tout en adoptant le point de vue interdisciplinaire et pluridisciplinaire qu'exige l'état actuel des sciences. Par ailleurs, la formation en tronc commun permet de conférer une plus grande souplesse au catalogue de spécialités en sciences de la santé qui, trop souvent, a été structuré en compartiments étanches avec, comme conséquences, le classement des professionnels dans des catégories excessivement figées et des difficultés au sein des équipes pluridisciplinaires de spécialistes pour traiter les problèmes de santé. Par conséquent, le présent décret royal adopte une approche intégrale de la personne qui permet d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients.

En outre, le décret royal établit les différentes formations spécifiques auxquelles pourront opter les médecins généralistes (services des urgences et de secours) et les pédiatres (maladies infectieuses et néonatalogie).

- Décret royal 640/2014 du 25 juillet 2014 portant réglementation du registre national des professionnels de santé.

Le décret-loi royal 16/2012, du 20 avril 2012, portant adoption de mesures urgentes pour garantir la durabilité du système national de santé et améliorer la qualité et la sécurité de ses prestations a introduit une dixième disposition additionnelle dans la loi 16/2003 du 28 mai 2003 portant création du registre national des professionnels de santé.

La mise en place de ce registre a pour but de faciliter une bonne planification des ressources humaines en santé dans tout le pays et la coordination des politiques de ressources humaines en santé au sein du système national de santé. En outre, l'incorporation de ce registre au système d'information du système national de santé contribuera à la réalisation de ces objectifs.

Les professionnels de notre système inspireront une plus grande confiance et sécurité grâce au caractère public de certaines données contenues dans le registre. S'agissant d'un registre numérisé, ses données seront facilement accessibles.

Ce registre constitue l'outil d'échange d'informations sur les professionnels de santé prévu à l'article 19 du décret royal 81/2014 du 7 février 2014 portant adoption de mesures visant à garantir les soins de santé transfrontaliers et modification du décret royal 1718/2010, du 17 décembre 2010, sur les ordonnances médicales et la prescription hospitalière et infirmière.

- Décret royal 184/2015, du 13 mars 2015, portant réglementation du catalogue homogène des équivalences entre les catégories professionnelles du personnel statutaire des services de santé et adoption de la procédure pour sa mise à jour.

Aux termes de l'article 15.2 de la loi 55/2003, du 16 décembre 2003, modifié par le décret-loi royal 16/2012, du 20 avril 2012, portant adoption de mesures urgentes pour garantir la durabilité du système national de santé et améliorer la qualité et la sécurité de ses prestations, il incombe au ministère de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité d'approuver un catalogue homogène établissant les équivalences entre les catégories professionnelles dans les services de santé. À ces fins, les services de santé doivent communiquer au ministère de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité les catégories existantes de personnel statutaire et, le cas échéant, les modifications, les suppressions ou la création de nouvelles catégories, afin de procéder à l'élaboration dudit catalogue d'équivalences et à l'homologation de celles-ci conformément à l'article 37.1 de la loi 55/2003.

Le catalogue homogène des équivalences permettra au personnel statutaire d'avoir accès à des postes vacants dans d'autres services de santé. La mobilité du personnel prévue à l'article 43 de la loi 16/2003 du 23 mars 2003 sera ainsi garantie et la qualité des soins sera renforcée.

- Décret royal 639/2015, du 10 juillet 2015, portant réglementation des certifications et des certifications avancées.

La mise en place de nouvelles modalités de reconnaissance de la formation continue des professionnels de santé s'avère particulièrement pertinente lorsqu'il s'agit de

renforcer la qualité de ce type de formation. L'objectif est de promouvoir la cohérence et l'interconnexion des activités de formation continue et de définir des programmes favorisant les parcours de formation liés au poste de travail.

Le développement législatif nécessaire à une bonne structuration des certifications et des certifications avancées doit être considéré comme une excellente opportunité pour promouvoir la formation continue en tant que moyen efficace et puissant de reconnaissance et de renforcement des capacités professionnelles permettant de résoudre les problèmes de la pratique dans un domaine fonctionnel spécifique.

ANNEXE II : ACTIONS AUPRÈS DE LA COMMUNAUTÉ GITANE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

- Mise en place et entretien de structures ; élaboration et suivi de plans d'action et de stratégies

Conseil espagnol du peuple gitan (CEPG) :

Le ministère de la Santé fait partie de l'assemblée plénière du CEPG depuis sa création en 2006 et du groupe permanent qui prépare en amont les travaux à soumettre à l'assemblée plénière.

Pendant la période de référence, chacune de ces deux instances s'est réunie deux fois par an.

Depuis 2006, il existe au sein du CEPG un groupe sur la santé, soutenu et coordonné par le ministère de la Santé. Pendant la période de référence, il s'est réuni deux fois par an.

Pour les questions liées à la santé, le ministère de la Santé assure le lien avec le groupe de coopération technique mis en place en 2013 qui, sous la direction des Services sociaux, a pour mission d'assurer la coordination des politiques d'inclusion sociale de la population gitane dans les Communautés autonomes et le suivi de la « Stratégie nationale pour l'inclusion de la population gitane 2012-2020 ».

Ce groupe spécifique, auquel participent les Communautés autonomes, a été mis en place en 2011 afin de développer le volet « santé » du Plan d'action pour le développement du peuple gitan 2010-2012 et la Stratégie nationale pour l'inclusion de la population gitane 2012-2020.

Le groupe s'est réuni pour la première fois le 30 mars 2011. Lors de sa réunion du 23 juin 2010, le comité de santé publique du Conseil interterritorial de la Santé (CISNS) a nommé, sur proposition des directeurs généraux, les représentants des différentes Communautés autonomes chargés de coordonner dans leurs régions respectives la mise en œuvre du volet santé du Plan de développement gitan et de la stratégie actuelle.

Ce groupe, qui est toujours en activité, s'est réuni une fois pendant la période de référence, concrètement en 2014 ; parmi ses activités, il convient de mentionner les échanges d'informations, une démarche de sensibilisation auprès des professionnels de santé, la coordination avec les différents secteurs responsables des volets du plan et un rapprochement et un dialogue avec les associations gitanes des Communautés autonomes.

Plans et stratégies en vigueur pendant la période de référence

Plan d'action pour le développement de la population gitane 2010-2012. Le plan a été adopté en Conseil des ministres en avril 2010. Aux fins de l'élaboration du plan, il a été tenu compte des initiatives soumises par les groupes de travail du Conseil espagnol du peuple gitan (santé, éducation, emploi et activité économique, action sociale, santé, culture et logement) formés par des représentants des différents ministères et des organisations du monde associatif de la population gitane. Il a également été tenu compte des résultats et des conclusions de plusieurs études et

recherches effectuées à l'initiative de l'administration, qui dressent l'état des lieux servant de base à la mise en place d'actions en faveur de la population gitane. Le ministère de la Santé, le groupe de santé du CEPG et le groupe de santé des Communautés autonomes décrit ci-dessus ont assuré la mise en œuvre du volet santé du plan.

Stratégie nationale pour l'inclusion de la population gitane 2012-2020, adoptée en Conseil des ministres le 2 mars 2012 et communiquée à la Commission européenne ce même jour. Pour rappel, la Commission européenne a présenté le 5 avril 2011 sa communication « Cadre de l'UE pour les stratégies nationales d'intégration des Roms pour la période allant jusqu'à 2020 ». Auparavant, le Parlement européen avait adopté, le 9 mars 2011, une résolution sur la stratégie pour l'inclusion des Roms. Les États membres ont ensuite adopté les conclusions du Conseil « Emploi, politique sociale, santé et consommateurs » (EPSCO) du 19 mai, auxquelles les chefs d'État et de gouvernement ont apporté leur soutien lors de leur réunion du 24 juin. Dans sa communication, la Commission invitait les États membres à se doter de stratégies nationales pour l'inclusion des Roms permettant de réaliser les objectifs européens d'intégration de cette population. Au cours de la période de référence, deux plans opérationnels biennaux ont été mis en œuvre, le plan 2014-2016 étant actuellement en vigueur. Informations disponibles sur :

<http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/poblacionGitana/home.htm>

Rapports et documents publiés au cours de la période de référence :

Au cours de la période de référence, plusieurs rapports et documents ont été publiés en tant qu'outils pour aider à améliorer la santé de la population gitane et à réduire les inégalités.

La première enquête (2006) et l'étude comparative de la population gitane et de l'ensemble de la population (2009) constituent des étapes importantes sur le chemin vers l'égalité dans le domaine de la santé, puisque ces outils ont permis d'identifier les besoins de la population gitane et d'en tenir compte dans la conception des politiques et des interventions à l'intention des gitans. Certains indicateurs mettent en évidence les inégalités en matière de santé au sein de la population gitane, en comparaison avec l'ensemble de la population. Ces inégalités s'expliquent essentiellement par les déterminants sociaux de la santé. Par conséquent, les actions visant à réduire les inégalités doivent être intégrées dans toutes les politiques de santé et sociales (emploi, logement, éducation, etc.). La première enquête a fait l'objet d'un rapport complet et de résumés à des fins de diffusion en espagnol, en anglais et en romani, disponibles sur : <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EquidadComunGitana.htm>

Direction technique et réalisation de la deuxième enquête nationale de santé de la population gitane en 2014.

Les résultats préliminaires de la deuxième enquête ont été présentés lors d'une journée organisée en 2015 :

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaHaciaEquidadSalud.htm>

Un rapport complet et deux documents de vulgarisation, l'un à l'intention des décideurs et l'autre à l'intention de la population gitane, seront publiés prochainement.

Même si les indicateurs révèlent une amélioration de la santé de la population gitane, la plupart des inégalités identifiées en 2006 subsistent. Il convient toutefois de signaler que le premier plan doté d'un volet santé a été mis en œuvre en 2010 et qu'une période de quatre ans est trop brève pour permettre d'identifier des progrès généralisés.

II. RAPPORT SUR LES CONCLUSIONS XX-4 (2015) DU COMITÉ EUROPÉEN DES DROITS SOCIAUX EN CE QUI CONCERNE LES ARTICLES 7.5, 16, 19.1, 19.3, 19.6 ET 19.10 DE LA CHARTE SOCIALE EUROPÉENNE

Les **Conclusions XX-4 (2015)**, émises par le Comité Européen des Droits Sociaux, concernent le critère sur la faute de conformité de la législation espagnole à la Charte Sociale Européenne. La période de référence va du 1^{er} janvier 2010 au décembre 2013.

Concrètement, les dispositions de la CSE sur lesquelles le Comité considère que notre législation ne s'adapte pas à l'Instrument International sont les articles 7.5, 16, 19.1, 19.3, 19.6 et 19.10, par rapport auxquels on informe de ce qui suit:

Article 7 – Droit des enfants et adolescents à la protection

PARAGRAPHE 5 – RÉMUNÉRATION ÉQUITABLE

Apprentis

En ce qui concerne le paragraphe des apprentis et leurs rémunérations, on indique que le Décret-loi Royal 2/2015, du 23 octobre, en vertu duquel l'on adopte le Décret-loi Royal 2/2015, du 23 octobre, en vertu duquel l'on adopte le texte refondu de la Loi du Statut des Travailleurs, dans son article 11.2, établit que:

“Le contrat pour la formation et l'apprentissage aura pour but la qualification professionnelle des travailleurs dans un régime d'alternance d'activité du travail rémunérée dans une entreprise avec activité de formation reçue dans le cadre du système de formation professionnelle pour l'emploi ou du système éducatif.

Le contrat pour la formation et l'apprentissage est régi par les règles suivantes:

(...)

f) Le temps de travail effectif, qui devra être compatible avec le temps consacré aux activités de formation, ne pourra pas être supérieur au 75%, pendant la première année, ou au 85%, pendant la deuxième et la troisième année, de la journée maximale prévue dans la convention collective ou, à défaut, à la journée maximale légale. Les travailleurs ne pourront pas faire heures supplémentaires, sauf le cas prévu dans l'article 35.3. Ils ne pourront non plus faire des travaux de nuit ni des travaux par roulements.

g) La rémunération du travailleur engagé pour la formation et l'apprentissage sera fixée proportionnellement au temps de travail effectif, conformément à ce qui est établi en convention collective.

En aucun cas, la rémunération ne pourra être inférieure au salaire minimum interprofessionnel proportionnellement au temps de travail effectif.”

Le salaire minimum interprofessionnel pour l'année 2016 est de 21,84 euros par jour ou 655, 20 euros par mois. Ces règles ont été développées par le Décret Royal 1529/2012, du 8 novembre, en vertu duquel l'on développe le contrat pour la formation et l'apprentissage et l'on établit les bases de la formation professionnelle double.

Les aspects professionnels de ce contrat sont les suivants:

- Destiné à personnes plus âgées de 16 ans et moins de 30 (cet âge sera de 25 ans lorsque le taux de chômage soit au-dessous du 15%), qui manquent de qualification professionnelle reconnue pour conclure le contrat de stage. Sans limite maximale d'âge pour les personnes handicapées et en exclusion sociale.
- Durée maximale d'un an et maximale de 3. Par convention collective pourra être d'entre 6 mois et 3 ans.
- Le salaire sera celui qui établit la convention collective, et jamais inférieur au salaire minimum interprofessionnel proportionnellement au temps de travail effectif.
- Le temps de travail effectif, compatible avec le travail consacré à activités de formation, ne pourra pas être inférieur au 75% pendant la première année, ou au 85% pendant la deuxième et la troisième année, de la journée maximale prévue dans la convention ou légalement établie.
- Le travailleur sera protégé par toutes les éventualités, situations susceptibles de protection et prestations, y compris le chômage.

Article 16 – Droit de la famille à une protection sociale, juridique et économique

Protection sociale des familles

Logement des familles

Le CEDS demande à l'Espagne information sur "les voies de **recours judiciaires, l'accès à l'assistance juridique** et l'indemnisation en cas d'expulsion illégale".

En Espagne, le **droit au logement** se trouve reconnu dans l'article 47 de la Constitution Espagnole. Les expulsions du logement ont lieu, en tout cas, conformément à ce qui stipulé dans l'ordre juridique applicable. En conséquence, on ne pourra pas avoir d'expulsions "illégalles".

Néanmoins, devant les conséquences associées aux expulsions, pendant les dernières années on a essayé d'augmenter les mesures de protection consacrées aux débiteurs hypothécaires en situation de spéciale vulnérabilité.

En 2012 on a adopté le Décret-loi Royal 6/2012, du 9 mars, de mesures urgentes de protection de débiteurs hypothécaires sans ressources¹⁹, dont le but est celui de la restructuration de la dette hypothécaire de ceux qui connaissent de difficultés extraordinaires pour satisfaire son paiement, ainsi que des mécanismes d'assouplissement des procédures d'exécution hypothécaire. Les destinataires de la norme sont ces familles qui remplissent les conditions suivantes: i) que tous les membres manquent des revenus découlant du travail ou d'activités économiques, ou

¹⁹ [https:// www.boe.es/diario_boe/text.php?id=BOE-A-2012-3394](https://www.boe.es/diario_boe/text.php?id=BOE-A-2012-3394)

de biens ou droits patrimoniaux suffisants avec lesquels faire face à la dette; ii) que la dette hypothécaire retombe sur le seul logement en qualité de propriétaire du débiteur; et iii) que la quote-part hypothécaire dépasse le 60% des revenus nets familiaux.

Le Décret-loi Royal recueille, en outre, un Code de Bonnes Pratiques pour la restructuration viable des dettes avec garantie hypothécaire, dans le but d'atteindre la viabilité de celles-ci, qui comprend des mesures comme la dation en paiement ou la remise du capital en attente d'amortissement. L'application du Code est supervisée par une commission qui publiera un rapport semestriel à cette fin.

En 2012 aussi l'on a adopté le Décret-loi Royal 27/2012, du 15 novembre, de mesures urgentes pour renforcer la protection aux débiteurs hypothécaires²⁰, dont le but consiste à la suspension instantanée et pour un délai de deux ans des expulsions des familles qui se trouvent dans une situation de spécial risque d'exclusion. De cette façon, on empêche qu'on procède à l'expulsion qui finirait avec l'expulsion des personnes. Cette mesure est d'application à ces débiteurs hypothécaires qui se trouvent dans une situation de vulnérabilité spéciale, c'est-à-dire, les familles nombreuses, les familles monoparentales avec des enfants à charge, ou unités familiales où l'un de leurs membres soit, alternativement: i) un mineur de trois ans; ii) une personne qui ait reconnue un handicap supérieur au 33%, situation de dépendance ou maladie le handicapant justificativement d'une façon permanente pour exercer une activité professionnelle; iii) un débiteur hypothécaire qui se trouve en situation de chômage et ait épuisé les prestations pour chômage; iv) une victime de violence de genre. De même, on devra coïncider les conditions suivantes: i) l'ensemble des revenus des membres de l'unité familiale ne devra pas dépasser la limite de trois fois l'Indicateur Public des Revenus d'Effets Multiples (IPREM); ii) dans les quatre années précédant le moment de la demande, l'unité familiale doit avoir supporté une modification significative de ses circonstances économiques, en termes d'effort d'accès au logement; iii) la quote-part hypothécaire dépasse le 60% des revenus nets qui perçoit l'ensemble des membres de l'unité familiale; iv) le crédit ou prêt garanti avec hypothèque doit retomber sur le seul logement en qualité de propriétaire du débiteur et accordé pour l'acquisition du logement.

L'adoption de mesures de protection a continué avec l'adoption de la Loi 1/2013, du 14 mai, de mesures pour renforcer la protection aux débiteurs hypothécaires, restructuration de la dette et location sociale²¹. Dans cette Loi l'on établit les mesures suivantes: 1. On renouvelle la mesure de suspension instantanée et pour un délai de deux ans des expulsions des familles qui se trouvent dans une situation de spécial risque d'exclusion. 2. Dans le but d'améliorer le marché hypothécaire, on limite les intérêts de retard, en établissant un taux d'intérêt maximum et l'interdiction de leur capitalisation. De même, on permet une vente extrajudiciaire du logement, par notaire. 3. On réforme la La Loi de Procédure Civile dans le but de modifier la procédure d'exécution hypothécaire pour garantir ainsi une valeur minimale dans la taxation du logement face à une éventuelle vente aux enchères. De même, on établit des mécanismes pour apprécier le caractère abusif de certaines clauses. 4. On charge le Gouvernement de promouvoir avec le secteur financier la constitution d'un fonds social

²⁰ http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-14115

²¹ <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-5073>

de logements propriété des entités de crédit, destinés à offrir couverture à ces personnes qui ont été expulsées de leur logement habituel pour le non-paiement d'un prêt hypothécaire.

Enfin, le dernière année l'on a adopté la Loi 25/2015, du 28 juillet, de mécanisme de seconde chance, réduction de la charge financière et d'autres mesures d'ordre social²², qui étend le domaine subjectif pour déterminer les sujets qui se trouvent en situation de spéciale vulnérabilité conformément au Décret-loi Royal 6/2012, du 9 mars. Ainsi, on considérera comme situés dans le seuil d'exclusion ces débiteurs d'un crédit ou prêt garanti avec hypothèque sur leur logement habituel, en cas où i) l'ensemble des revenus des membres de l'unité familiale ne dépasse pas la limite de trois fois l'IPREM annuel de quatorze payes; ii) auraient supporté une modification significative de leurs circonstances économiques dans les quatre années précédant le moment de la demande; iii) la quote-part dépasse le 50% des revenus nets qui perçoit l'ensemble des membres de l'unité familiale (l'on réduit dans un 10% le pourcentage exigé par rapport à l'année 2012).

En ce qui concerne l'**assistance juridique gratuite**, les personnes victimes d'une expulsion illégale qui n'aient pas des ressources économiques suffisantes pour accéder à la Justice peuvent invoquer ce qui est stipulé dans la Loi 1/1996, du 10 janvier, d'Assistance Juridique Gratuite²³. Conformément à cette Loi, on exige les conditions basiques suivantes: i) lorsque le demandeur ne se trouve pas intégré dans une unité familiale, ses revenus bruts ne doivent pas dépasser le double de l'IPREM en vigueur au moment d'effectuer la demande (c'est-à-dire, 14.910, 28 euros annuels, tout en prenant en considération l'IPREM de 7.455,14 euros annuels en 14 paies); ii) si le demandeur fait partie d'une unité de moins de quatre membres, le seuil s'élève à deux fois et demie l'IPREM (18.637,85 euros annuels); iii) si la famille est composée de quatre ou plus membres, le seuil sera de trois fois l'IPREM (22.365,42 euros annuels).

Les personnes qui demandent l'assistance juridique gratuite ont des services d'orientation dans les Ordres des Avocats où elles peuvent obtenir du conseil sur les conditions pour la reconnaissance du droit à la justice gratuite (économiques, documents à produire, délais, etc.), la viabilité de leur prétention, la rédaction du modèle de demande, les conséquences du refus du bénéfice et la contestation judiciaire en cas de refus, entre d'autres. De même, en cas où l'intéressé appartienne à un collectif notamment vulnérable – victimes de violence de genre, mineurs d'âge, étrangers, troisième âge, personnes handicapées- pourront accéder à services d'orientation juridique spécifiques, expressément consacrés à leurs besoins spéciaux.

Le Budget total affecté à l'assistance juridique gratuite en Espagne en 2014 a été de 237.907 euros.

En ce qui concerne les recours judiciaires, les personnes qui auraient supporté une expulsion disposent de tous les recours prévus dans la Loi de Procédure Civile.

De même, le Comité Européen des Droits Sociaux (CSE) demande que dans le prochain rapport de l'Espagne l'on indique les mesures prises dans **le but de**

²² http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-8469

²³ <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-750>

supprimer définitivement et entièrement les bidonvilles, et permettre le logement de leurs habitants en des logements réglementaires en vue d'améliorer les conditions de vie des roms.

En ce sens, dans le domaine du logement on espère publier à la fin de 2016 une nouvelle Carte de Logement de population gitane permettant de comparer des données avec la carte précédente de l'année 2007. Si nous prenons en considération la carte de 2007, ainsi que les études précédentes dans ce domaine, nous pouvons conclure qu'il y a eu une amélioration significative des conditions résidentielles de la population gitane dans les dernières décennies. Beaucoup de familles gitanes ont eu accès à des appartements en des quartiers de villes où vivent ensemble avec le reste de la population; l'accès au logement a eu lieu tant pour la voie de logement public que pour la voie privée, normalement en des quartiers normalisés mais d'un profil socio-économique bas.

Conformément à la dernière Carte de Logement publiée en 2007, qui a analysée les conditions de logement de plus de 90.000 foyers gitans, le 88,1% des personnes gitanes résident dans un logement normalisé, et seulement le 3,9% réside dans un environnement des bidonvilles, bien qu'un autre 7,8% réside en logements très détériorés ou considérés logements insalubres. Ces résultats impliquent un progrès retentissant par rapport aux résultats obtenus dans l'étude précédente effectuée en 1991, lorsque le 10% des logements gitans étaient bidonvilles, et le 21,4% logement insalubres.

De même, les équipements de base des logements ont amélioré aussi considérablement. Néanmoins, outre le besoin d'éradiquer complètement les bidonvilles, persistent d'autres problèmes entre lesquels il faut souligner le haut degré d'occupation des logements, et des problèmes de précarité d'équipements et détérioration, tant des logements eux-mêmes que des environnements urbains.

En ce qui concerne les mesures à effectuer dans le but de supprimer les bidonvilles, ainsi que d'améliorer les conditions de vie de la population rom nous pouvons remarquer le Plan Opérationnel 2014-2016 de la Stratégie Nationale pour l'inclusion de la Population Gitane 2012-2020, qui établit tant les mesures qui sont en train d'être effectuées par l'Administration Générale de l'État, ainsi que par les Communautés Autonomes, en essayant de pouvoir atteindre les objectifs indiqués dans la Stratégie d'éradication des bidonvilles, ainsi que d'amélioration de la qualité de vie de la population gitane.

Ce plan établit comme des mesures de l'Administration Générale de l'État, l'action du Ministère du Développement inscrite dans le cadre du Plan de l'État d'Encouragement du Location des Logements, la Réhabilitation d'Édifices et la Régénération et Rénovation Urbaines, 2013-2016.

Le plan, dont le but est celui de l'éradication des bidonvilles, l'amélioration des quartiers dégradés et la réhabilitation des logements qui ne remplissent les conditions minimales d'habitabilité, a compris le **Programme d'Encouragement de la régénération et rénovation urbaines** d'application à la rénovation, réhabilitation et régénération des bidonvilles et quartiers dégradés.

Pour l'encouragement de la régénération urbaine on peut délimiter un domaine pour parties qui puissent comprendre une agglomération des bidonvilles, avec des logements nouveaux, et actions de relogement.

Dans ce programme on envisage les 5 lignes suivantes d'aides :

1. Réhabiliter des logements
2. Rénovation de logements, démolir unes et construire d'autres
3. Urbanisation des espaces publics
4. Gestion (Équipements Techniques)
5. Relogements

Il s'agit par conséquent de la réalisation conjointe de travaux de réhabilitation en édifices et logements, d'urbanisation ou reurbanisations d'espaces publics et, le cas échéant, de construction en remplacement d'édifices démolis, dans les domaines d'action préalablement délimités.

Les bénéficiaires pourront être les Administrations Publiques, les propriétaires de logements, les propriétaires uniques d'édifices de logements, les communautés de propriétaires, groupement de communautés de propriétaires, les consortiums et entités associatives de gestion.

Aides:

- Montant maximum des aides: 35% du coût susceptible de subvention de l'action.
- Aide unitaire maximale:
 - 11.000 euros pour chacun des logements objet de réhabilitation.
 - 30.000 euros pour chacun des logements construits en remplacement d'une autre démolie.
 - 2.000 euros pour chacun des logements réhabilités et/ou pour chacun des logements construits en remplacement d'un autre démolie, pour les actions d'amélioration de la qualité et la durabilité du milieu urbain.
 - À tout ce qui précède l'on ajoutera, le cas échéant: 4.000 euros annuels par unité de vie en commun à reloger, pendant le temps qui durent les travaux et jusqu'à un maximum de 3 ans. Jusqu'à 500 euros par logement réhabilité ou construit en remplacement d'un autre démolie, pour le coût des équipements et bureaux de planification, information, gestion et accompagnement social.

Ces aides seront compatibles avec d'autres aides publiques, à la condition que leur montant ne dépasse pas le coût total de l'action. Ces aides ne sont pas compatibles avec les aides du programme de réhabilitation d'édifices du Plan de l'État d'Encouragement de la Location des logements, la Réhabilitation d'édifices, et la Régénération et Rénovation Urbaines, 2013-2016.

De même, ce plan est configuré autour de deux axes: location et réhabilitation d'édifices, régénération et la rénovation urbaines. En matière de location, on crée deux nouveaux programmes, celui d'Aides sociale à la Location et celui d'Encouragement

du Parc Public de Logement de Location Sociale. Ces programmes sont concentrés dans les groupes sociaux les plus vulnérables.

En ce qui concerne les logements insalubres, les Programmes d'encouragement de la régénération et rénovation urbaines et pour l'Encouragement des Villes Soutenables et Compétitives (dans le Plan de l'État d'Encouragement de la Location de Logements, la Réhabilitation d'Édifices et la Régénération et la Rénovation Urbaines 2013-2016) prévoit des subventions à des projets destinés à l'amélioration des quartiers, des centres historiques et rénovation de zones pour remplacement de logements insalubres avec une composante d'impulsion de la cohésion sociale.

Par ailleurs, entre les priorités d'investissement du FEDER on fixe l'appui à la régénération physique et économique des communautés urbaines et rurales marginales pour réduire la concentration spatiale de la pauvreté, y compris la promotion de plans où le logement social est accompagné d'interventions en éducation, en santé et en appui à l'accès à l'emploi.

Dans le domaine autonome, à travers de réunions spécifiques de la Commission Multilatérale de Logement, Urbanisme et Sol du Ministère de Développement avec les Communautés Autonomes, on informera des objectifs de la Stratégie Inclusion Gitane 2012-2020 et on proposera d'actions qui favorisent leur application tout en utilisant le cadre du Plan de l'État de Logement.

En particulier, on stimulera l'adoption d'Accords des Commissions bilatérales (en ce qui concerne les programmes d'encouragement de la Régénération et la Rénovation Urbaines), ou la mise en marche d'expériences pilote dans le Programme pour l'encouragement de villes soutenables et compétitives.

Dans les priorités fixées dans la convocation de subventions destinées à la réalisation de programmes d'intérêt général imputés au crédit fiscal de l'impôt sur le Revenu des Personnes Physiques qui gère le Ministère de la Santé, des Services Sociaux et d'Égalité, on établit les programmes d'accompagnement social à familles gitanes de logement ou d'accès au logement normalisé.

Structure et garde des enfants

Le Comité conclut que la situation en Espagne n'est pas conforme à l'article 16 de la Charte Sociale de 1961 parce qu'il n'est pas établi qu'il y ait une structure de garde de enfants appropriée, étant donné que le rapport envoyé par notre pays n'avait pas les informations requises déjà en d'occasions précédentes par le Comité à ce sujet.

Le soin et l'assistance aux enfants en Espagne hors du domaine familial est articulé à travers les divers services liés tant au domaine éducatif qu'au domaine social.

D'une part, on doit prendre en considération que la législation en vigueur établit que l'assistance socioéducative de petit garçons et petites filles avec d'âges inférieurs à la scolarisation obligatoire fait partie aussi du système éducatif espagnol et intègre la dénommée Éducation des Enfants, partagée en deux groupes: 0-2 ans et 3-5 ans, bien qu'elle ait caractère volontaire, tout en garantissant la gratuité du deuxième cycle.

Ces services, dénommées Écoles des Enfants ou Centres d'Éducation des Enfants sont du ressort des Communautés Autonomes, dans le cadre réglementaire défini à

titre général dans la législation éducative de l'état et le développement légal qu'elles établissent.

Le taux de couverture que l'éducation des enfants atteint dans notre pays, conformément aux statistiques éducatives disponibles, sont les suivants :

Éducation des enfants	Élèves	Population	Taux de couverture
Premier cycle(0-2)*	440.593	1.322.152	33,32%
Deuxième cycle (3-5)	1.396.013	1.463.546	95,39%
Total (0-5)	1.836.606	2.785.698	65,93%

*Inscrits en centres autorisés par l'Administration éducative.

Source: Statistique des Enseignements non universitaires. Année Scolaire 2014-2015. Sous-direction Générale de Statistique et Études du Ministère de l'Éducation, la Culture et du Sport.

En ce sens, l'Espagne présente l'un des taux de scolarisation les plus élevés de l'Union Européenne, notamment dans le deuxième cycle. On doit rappeler que l'Union Européenne avait convenu comme objectifs des États membres pour l'année 2010 des taux de couverture du 90% des enfants d'un âge compris entre les trois ans et l'âge de scolarisation obligatoire, et tout au moins au 33% des enfants de moins de trois ans.

Postérieurement, ce chiffre de référence a été établi pour l'année 2020 au 95% de couverture pour les enfants entre 4 ans et l'âge de scolarisation obligatoire (6 ans dans le cas espagnol).

Les données de Eurostat pour l'année 2012 (le dernier an duquel il y a des chiffres complets), indiquent que l'Espagne justifiait un taux de couverture pour les enfants entre 4 et 6 ans du 97,4% face à une moyenne de l'Union Européenne-28 du 93,9% et l'UE-27 du 94,2%.

Si l'on prend en considération l'assistance socioéducative aux mineurs de trois ans, qui sont reçus en centres, tant autorisés par les Administrations Publiques que non dépendants d'elles, sans distinguer si les heures sont d'assistance éducative ou d'assistance ou si sont à plein temps ou partiel, ainsi que l'assistance au foyer de personnel soignant professionnel et membres de famille non rémunérés, avec des données provenant de l'Enquête sur Conditions de Vie de l'INE, effectuée dans l'année 2011, le pourcentage d'enfants de 0-2 ans qui sont assistés d'une façon régulière dans un centre éducatif ou d'assistance est beaucoup plus élevé: 45,9%.

Services de conseil familial

Participation des associations qui représentent les familles

Le Comité demande information sur la participation des associations qui représentent les familles concernées dans l'élaboration des politiques familiales moyennant les consultations opportunes.

La participation des entités représentatives du mouvement associatif familial dans la définition des politiques les touchant est formellement articulée moyennant le Conseil de l'État des Familles.

Il s'agit d'un organe collégial interministériel de caractère de conseil et consultatif destiné à servir de voie pour la participation et la collaboration du mouvement associatif familial du domaine de l'état avec l'Administration Générale de l'État. (Décret Royal 613/2007, du 11 mai, crée et règle le Conseil de l'État des Familles et l'Observatoire de l'État des Familles).

Ce Conseil est du ressort du Ministère de la Santé, des Services Sociaux et d'Égalité et est composé de :

- D'une part, des représentants de l'Administration Générale de l'État (des départements ministériels de : Justice ; Économie et Compétitivité ; Finances et Administrations Publiques ; Développement ; Emploi et Sécurité Sociale ; Industrie, Énergie et Tourisme ; Présidence ; Éducation, Culture et du Sport ; outre le Ministère de la Santé, des Services Sociaux et d'Égalité lui-même)
- D'autre part, des représentants du mouvement associatif du domaine de l'état (sélectionnés à travers de convocation publique), eu égard aux critères suivants :
 - Deux représentants de fédérations, mouvements ou une autre sorte de groupement du domaine de l'état qui réunissent d'associations du domaine familial en général.
 - Deux représentants d'entités d'action sociale en général desquelles font partie du Conseil de l'État d'Organisations Non Gouvernementales d'Action Sociale et qui agissent dans le domaine des familles.
 - Deux représentants d'entités de familles nombreuses
 - Deux représentants d'associations de pères et mères des élèves
 - Un représentant d'entités spécialisées dans l'assistance aux conflits des familles
 - Un représentant d'entités de mères célibataires
 - Un représentant d'entités de personnes séparées ou divorcées
 - Un représentant d'entités de personnes veuves

- Un représentant d'associations de personnes ou membres de famille de personnes handicapées, qui font partie du Conseil National du Handicap
- Un représentant d'entités qui représentent les familles du milieu rural
- Un représentant d'entités qui représentent les familles homoparentales
- Un représentant d'associations de familles accueillant
- Un représentant d'associations de familles adoptant
- Un représentant d'entités de promotion et protection des droits des enfants
- Un représentant d'entités spécialisées dans la conciliation entre la vie familiale, personnelle et professionnelle.

Entre les fonctions du Conseil de l'État des Familles se trouve l'analyse de la situation des familles et leur qualité de vie; le suivi des politiques publiques dans le domaine de l'Administration Générale de l'État qui touchent les familles; la formulation de propositions et recommandations sur les lignes stratégiques et priorités d'action en matière de politiques familiales dans le domaine de l'Administration Générale de l'État; ainsi que l'élaboration de rapports, d'avis et mémoire sur les projets réglementaires en matière de politiques familiales qui soient soumis à sa considération.

D'autre part, les associations des familles se trouvent aussi représentées dans le Conseil de l'État d'ONG d'Action Sociale, qui est un organe consultatif, affecté à l'Administration Générale de l'État à travers le Ministère de la Santé, des Services Sociaux et d'Égalité, qui se constitue en un espace de rencontre, dialogue et participation du mouvement associatif dans l'élaboration des politiques sociales (Décret Royal 235/2005, du 4 mars).

Le 14 mai 2015, le Conseil des Ministres a adopté le Plan Intégral d'Appui à la Famille 2015-2017 (PIAF), comme un instrument élaboré avec les contributions de tous les Ministères et du mouvement associatif familial, qui intègre toutes les politiques et actions orientées vers les familles dans cette période.

Dans l'élaboration de ce plan l'on a consulté un total de 45 entités: toutes les associations qui font partie du Conseil de l'État des Familles, toutes celles qui intègrent le Conseil de l'État d'ONG d'Action Sociale, ainsi qu'à d'autres entités qui ont été considérées importantes, en deux moments différents du processus: dans la définition d'objectifs généraux, principes et lignes stratégiques (avril-mai 2014); et en ce qui concerne les mesures concrètes qui intègrent chacune des lignes stratégiques (octobre-novembre 2014).

Le PIAF lui-même comprend comme mesure spécifique l'amélioration du suivi des politiques familiales dans l'Administration Générale de l'État à travers d'organes de participation sociale où est représenté le mouvement associatif du domaine familial, qui se concrétisera dans une réforme du schéma prévu actuellement dans le Conseil de l'État des Familles.

Protection juridique de la famille

Services d'orientation et/ou Médiation Familiale

Le Comité demande informations sur l'accès, la gratuité, la répartition dans l'ensemble du territoire, ainsi que sur l'efficacité des services d'orientation et/ou médiation familiale.

En Espagne la compétence en matière d'assistance sociale et de services sociaux spécialisés d'appui à la famille incombe aux communautés autonomes exclusivement. Dans ce cadre, les services d'orientation et/ou médiation familiale sont actuellement disponibles dans l'offre des services de toutes les communautés autonomes, soit comme des ressources propres et indépendantes, soit comme partie d'autres ressources ou services d'appui familial (normalement, en combinaison avec services d'orientation et/ou éducation familiale).

A. Médiation familiale

La médiation familiale est prêtée en Espagne à travers un vaste réseau de services, tant publics que privés, qui a eu dans les dernières quinze années un développement accru, qui a été accompagné d'une très importante régulation réglementaire et de l'appui financier prêté par les différentes administrations publiques.

Bien qu'on puisse se comprendre liée à la médiation en affaires civiles en termes généraux, la médiation familiale a des caractéristiques distinctives très significatives qui l'ont fait digne d'un ordre réglementaire propre et un appui à son extension, notamment pour part des administrations compétentes en politiques sociales d'appui à la famille, pour entendre qu'il s'agit d'un instrument de premier ordre pour gérer des situations de conflits de famille.

Réglementation autonome

Actuellement il y a 13 communautés autonomes qui disposent d'une réglementation spécifique en cette matière :

- Andalousie : Loi 1/2009, du 27 février, régulatrice de la Médiation Familiale dans la Communauté Autonome d'Andalousie
- Aragon : Loi 9/2011, du 24 mars, de médiation familiale d'Aragon
- Asturies : Loi du Principauté d'asturies 3/2007, du 23 mars, de Médiation Familiale
- Îles Canaries : Loi 15/2003, du 8 avril, de la médiation familiale, modifiée par la Loi 3/2005, du 23 juin, pour la modification de la Loi 15/2003, du 8 avril, de la médiation familiale
- Cantabrique : Loi 1/2011, du 28 mars, de Médiation de la Communauté Autonome du Cantabrique

- Castille-la Manche : Loi 1/2015, du 12 février, du Service Régional de Médiation Sociale et Familiale de Castille-la Manche
- Castille-Léon : Loi 1/2006, du 6 avril, de médiation familiale de Castille-Léon
- Catalogne : Loi 15/2009, du 22 juillet, de médiation dans le domaine du droit privé
- Communauté de Valence : Loi 7/2001, du 26 novembre, régulatrice de la médiation familiale, dans le domaine de la Communauté de Valence et Loi 5/2011, du 1^{er} avril, de la Generalitat, de Relations Familiales des petits garçons et des petites filles dont les parents ne vivent pas en commun
- Galice : Loi 4/2001, du 31 mai, régulatrice de la médiation familiale
- Îles Baléares : Loi 14/2010, du 9 décembre, de Médiation Familiale des Îles Baléares
- Communauté de Madrid : Loi 1/2007, du 21 février, de Médiation Familiale de la Communauté de Madrid
- Pays Basque : Loi 1/2008, du 8 février, de médiation familiale

Ces lois spécifiques abordent des questions comme la typologie des situations qui peuvent faire l'objet de médiation, les principes directeurs de celle-ci, l'ordre des professionnels médiateurs et entités de médiation (conditions, formation spécifique, création de registres), aménagement de la procédure (séances, procès-verbaux, etc.) et l'accès et coût, tout en comprenant les cas de gratuité que les autorités autonomes garantissent (soit parce que le service est prêté directement par l'administration soit parce qu'elles assument le coût du service prêté par un professionnel qui soit inscrit au registre correspondant).

B. Services d'Orientation Familiale

Les services d'orientation familiale sont prêtés en Espagne dans le cadre des services sociaux spécialisés, qui font partie du domaine de compétences des communautés autonomes et quelques corporations locales. Ces services peuvent être offerts directement par les administrations publiques ou par accords ou conventions avec d'entités sociales.

En ce sens, on considérera comme services d'intervention et orientation familiale l'ensemble d'actions professionnelles d'aide psycho-éducative et sociale pour le traitement et résolution des besoins sociaux et familiaux des personnes, les familles, les groupes de population ainsi que la communauté d'appartenance. On comprend d'actions adressées à la promotion de l'exercice de la parentalité positive, et d'autres mesures d'orientation et d'appui spécifiques devant des situations de conflit de famille, difficulté psychosociale, risque d'exclusion sociale et dynamiques des mauvais traitements au sein de la famille.

Toutes les communautés autonomes ont des services et programmes qui offrent ces prestations comme partie de leur portefeuille de services. Bien que leur dénomination et typologie diffère d'une administration à l'autre : Quelques exemples :

- Andalousie : Programmes d'assistance, orientation et intervention avec familles avec des mineurs en situation de conflit ou difficulté sociale, avec deux axes : parentalité positive et compétences sociales. On prête actuellement en 5 des 8 provinces andalouses (Almeria, Cordoue, Grenade, Huelva et Jaén)
- Aragon : Service d'orientation et médiation familiale, avec 4 sièges (Huesca, Teruel, Alcañiz et Saragosse)
- Asturies : Service d'orientation et médiation familiale qui est prêté au réseau de services sociaux spécialisés dans les communes.
- Baléares : Unités d'Appui et Assistance aux faamilles à travers le réseau de services sociaux de communes et conseils.
- Cantabrique : Services garantis légalement et gratuits d'orientation familiale et d'intervention familiale pour l'appui socioéducatif aux familles avec difficultés pour s'occuper convenablement de leurs enfants, qui sont prêtés à travers le réseau de services sociaux de premiers soins et spécialisés.
- Castille-la Manche : Service d'Orientation et Intervention Familiale, dans les cinq capitales provinciales (Albacete, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara et Tolède); outre un service itinérant d'appui aux professionnels et aux familles.
- Castille-Léon: la Loi de Mesures d'Appui aux Familles de Castille-Léon établit qu'on développera des programmes et services de formation et d'orientation adressés à couples, mères, pères, tuteurs ou personnes accueillant pour l'exercice approprié de leurs responsabilités familiales. Entre ces programmes et services se trouvent plusieurs guides por les couples en situation de rupture.
- Catalogne : On développe des programmes et activités de formation pour les pères et les mères, pour les orienter d'une façon positive en différents aspects tels que le soin, l'éducation et le développement des enfants. (Programmes Croître en Famille, Repas en Famille); Services d'Assitance aux Familles (SAF).
- Estrémadure: Réseau de Programmes d'Appui aux Familles (PAF), en communes et communautés, qui comprend d'actions adressées à renforcer la puissance de la parentalité positive ainsi que des mesures d'orientation et d'appui spécifiques devant des situations de conflit de famille, difficulté psychosociale, risque d'exclusion sociale et dynamiques éloignés du "bon traitement" au sein de la famille.

- Galice : Cabinets d'Orientation Familiale (GOF) qui prêtent des services d'information, formation, prévention, aide émotionnelle et personnelle, orientation, thérapie et traitement. Ces cabinets sont du ressort de l'administration autonome et il y a à La Corogne, Lugo, Orense et Vigo. Il y a aussi un Cabinet d'Orientation Familiale virtuelle en ligne.
- Madrid : Les Centres d'appui et de Rencontre Familiale (CAEF) offrent d'appui aux membres de la famille à travers les divers services de caractère gratuit, personnalisé et confidentiel prêtés par équipes multidisciplinaires composés de psychologues, avocats, travailleurs et éducateurs sociaux. Ces centres, qui sont du ressort de la Communauté de Madrid, fonctionnent actuellement à Majadahonda-Las Rozas, Alcorcón, Móstoles et Madrid.
- Murcie: Programme d'Appui et de Conseil Familial adressé aux familles en situations de crise et difficulté avec indicateurs de déséquilibre familial, tout en offrant un recours de caractère préventif et fortifiant, dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes touchées et leur intégration sociale et familiale, en contribuant de cette façon à l'amélioration et normalisation de leur situation. On accède à ce programme par dérivation d'autres services sociaux.
- Navarre : Service d'Orientation et Thérapie Familiale, pour s'occuper gratuitement des familles découlant d'autres services. Il s'agit d'une aide psychologique et pédagogique qui est offerte aux membres des familles avec mineurs pour traiter des questions concernant la communication, la rupture des générations ou la compréhension entre les parents et les enfants. On essaie de contribuer à résoudre les conflits de famille et restructurer les relations entre leurs membres.
- Pays Basque : Le Gouvernement Basque et le reste d'institutions de la Communauté Autonome stimulent et appuient de nombreux programmes de services d'appui familial, notamment en ce qui concerne l'exercice positif de la parentalité (Programme Gurasoak; Egokitzen –pour les pères et les mères séparés; Service d'intervention socioéducative et psychosociale).

Réglementation et actions dans le domaine de l'état en matière d'orientation et/ou médiation familiale

Pour sa part, dans le domaine de l'état, il faut remarquer l'adoption de la Loi 5/2012, du 6 juillet, de médiation en affaires civiles et commerciales, qui a impliqué la transposition de la Directive 2008/52/CE en ces matières, et qui touche aussi la médiation familiale, bien que, d'une façon spécifique, soit établie dans celle-ci son respect et coordination avec les lois autonomes existantes en cette matière. Cette loi de l'état offre un cadre de minimums pour l'exercice de la médiation en Espagne et qui peut être considérée supplétive dans ces communautés autonomes qui n'ont pas une réglementation spécifique dans ce domaine. On comprend la création d'un registre public d'entités et médiateurs, qui est coordonné avec les registres autonomes.

Dans le domaine du Ministère de la Santé, Services Sociaux et Égalité, ont été multiples les initiatives déployées dans ces années pour appuyer le développement de l'orientation et la médiation familiale en Espagne avec des critères de qualité:

- Adoption le 16 janvier 2013 du Catalogue de Référence de Services Sociaux par Accord du Conseil Territorial de Services Sociaux (où se trouvent représentés tant le Ministère que les Communautés Autonomes), qui comprend l'orientation et la médiation familiale entre les prestations et services d'intervention et d'appui familial.
- Subventions aux entités sans but lucratif qui gèrent des services de médiation et d'orientation familiale, imputées à l'attribution fiscale de l'Impôt sur le Revenu des Personnes Physiques à des fins sociales d'intérêt général (pour l'octroi de ces subventions o a le critère de garantir la gratuité dans l'accès pour les usagers avec des revenus inférieurs à ceux qui sont pris comme référence pour avoir droit à l'assistance juridique gratuite)

ENTITÉS IRPF 2010-2015 ORIENTATION ET MÉDIATION

ENTIDADES IRPF 2010-2015 ORIENTACIÓN Y MEDIACIÓN							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL 2010-2015
Nº entidades	9	8	8	10	17	18	70
Nº Proyectos	12	11	11	13	21	22	90
Total subvencionado	651.864,14	648.014,64	619.464,14	750.244,14	1.129.223,33	1.228.575,33	5.027.385,72

- Crédit à communautés autonomes pour financer des services de médiation familiale: dans l'exercice 2015 le Ministère a octroyé un crédit spécifique pour des programmes d'appui à la famille et les enfants doté de 32 millions d'euros, avec lequel, outre des projets consacrés à satisfaire aux besoins de base des familles vulnérables, on peut financer aussi des projets d'intervention et d'appui familial, entre ceux qui spécifiquement se trouvent des services de médiation familiale. Dans ce premier exercice, six communautés autonomes on fait usage de cette possibilité pour un montant de 0,72 millions d'euros, qui impliquent une augmentation du 50% sur le montant de l'année 2015.
- Le 14 mai 2015 le Conseil des Ministres a adopté le Plan Intégral d'Appui à la Famille 2015-2017, qui comprend comme l'une de ses lignes stratégiques l'appui aux familles qui ont des besoins spéciaux, entre elles celles qui affrontent des situations de conflits de famille. Entre les 227 mesures qui prévoient ce Plan, on peut trouver les suivantes :

204. Effectuer d'actions d'information et de sensibilisation pour renforcer la puissance de la médiation familiale et la coresponsabilité des parents dans les cas des conflits de famille où il n'y a pas de mauvais traitements.

205. Promouvoir dans le domaine autonome et local le développement des services d'orientation et/ou médiation familiale et points de rencontre familiale.

206. Appuyer la réalisation de programmes de promotion de relations familiales saines moyennant la prévention et la gestion des conflits de famille (programmes et services d'orientation, médiation, promotion des points de rencontre ou thérapie familiale), gérés par entités sans but lucratif.

Tout cela indépendamment du développement plus récent de la **médiation intrajudiciaire** qui est développée sous la protection des autorités de justice.

En ce sens, il faut expliquer que pendant les dernières années, l'Espagne a renforcé la puissance du développement de la médiation familiale intra et extrajudiciaire.

En ce qui concerne la médiation familiale intrajudiciaire, il faut remarquer que le Conseil Général du Pouvoir Judiciaire a créé une Fonction de Membre Déléguée pour la coordination et l'impulsion de la médiation pénale et civile, dans le but d'établir une "culture de la médiation" dans les juges. Entre les activités effectuées par cette Fonction de Membre il faut souligner l'organisation de séances de formation aux membres de la carrière judiciaire, la formalisation de conventions, protocoles et collaborations avec d'organismes et institutions publiques. (Communautés Autonomes, Conseils Municipaux et Ordres des Avocats) pour stimuler les procédures de médiation et analyse de rapports statistiques à partir des données envoyées par les Cours et Tribunaux qui ont des services de médiation. Le Conseil a élaboré, en outre, une "Guide pratique pour la médiation intrajudiciaire"²⁴ qui établit un protocole spécifique de dérivation à la médiation familiale (sélection des cas susceptibles d'être dérivés, procédure, intégration du résultat de la médiation à la procédure judiciaire, suivi).

En tout cas, les parties dans la procédure doivent être informées par le juge compétent sur la possibilité de faire appel à une négociation pour essayer de résoudre le conflit, y compris le recours à une médiation, avant la comparution préalable de la procédure ordinaire ou de l'audience de la procédure orale, tel qu'on dispose les articles 414.1 et 440 de la Loi 1/2000, du 7 janvier, de Procédure Civile.

Actuellement, il est possible d'accéder aux services de médiation familiale intrajudiciaire dans les suivantes provinces espagnoles: La Corogne, Alicante, Alava, Asturies, Badajoz, Barcelone, Guipúzcoa, Gérone, Grenade, Huelva, Huesca, Jaén, La Rioja, Las Palmas, Léon, Lérida, Lugo, Madrid, Malaga, Murcie, Navarre, Orense, Palencia, Pontevedra, Danta Cruz de Tenerife, Séville, Tarragone, Teruel, Tolède, Valence, Valladolid, Biscaye et Saragosse²⁵.

²⁴ <https://mediacionesjusticia.com/2013/10/14guia-para-la-practica-de-la-mediacion-intrajudicial-del-cgpj/>

²⁵ Cours et Tribunaux qui offrent médiation familiale : <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Mediacion/Juzgados-que-ofrecen-mediacion/Juzgados-que-ofrecen-mediacion-Familiar>

En ce qui concerne les données concrètes, la médiation intrafamiliale judiciaire a subi une remarquable augmentation pendant les dernières années : les dérivations effectuées dès Cours et Tribunaux en 2014 ont augmenté un 19% par rapport à l'année 2013. De ces dérivations, un 43% des cas ont atteint quelque sorte d'accord.

DONNÉES 2014 – Comparative 2013/2014²⁶

	DATOS ANUALES 2013	DATOS ANUALES 2014
TOTAL dérivations effectuées	5.116	6.101
TOTAL médiations effectuées	1.162	1.379
TOTAL médiations terminées AVEC ACCORD	568 = 48.8%	598 = 43.36%
TOTAL médiations terminées SANS ACCORD	594 = 51.11%	781 = 56.6%

En ce qui concerne la **médiation extrajudiciaire**, il faut souligner l'impulsion subie dès l'adoption de la Loi 5/2012, du 6 juillet, de médiation en affaires civiles et commerciales. À l'échelon national, le Décret Royal 980/2013, du 13 décembre, en vertu duquel l'on développe certains aspects de la Loi²⁷ recueille les conditions de formation requises aux médiateurs, l'assurance de responsabilité civile qui doivent avoir les médiateurs et institutions de médiation, ainsi que le Registre de Médiateurs et Institutions de Médiation, public et gratuit, qui a pour but faciliter l'accès des citoyens à ce moyen de solution de controverses. Du site web du Ministère de la Justice, les citoyens ont accès aux médiateurs et institutions de médiation qui prêtent des services de médiation familiale dans leur province et se trouvent inscrits au Registre²⁸.

Actuellement, dans ce Registre sont inscrits 950 médiateurs familiaux à l'échelon familial. Ce chiffre est significatif si l'on prend en considération le nombre total de médiateurs inscrits : 2.111.

Par ailleurs, ce sont nombreuses les Communautés Autonomes qui ont adopté des lois spécifiques en matière de médiation familiale dans le but d'encourager son utilisation pour part des citoyens: Andalousie (Loi 1/2009, du 27 février, régulatrice de la Médiation Familiale dans la Communauté Autonome d'Andalousie et Décret 37/2012, du 21 février, en vertu duquel l'on adopte le Règlement de Développement de la Loi 1/2009, du 27 février, régulatrice de la Médiation Familiale dans la Communauté Autonome d'Andalousie), Aragon (Loi 9/2011, du 24 mars, de médiation familiale d'Aragon), Asturies (Loi du Principauté d'Asturies 3/2007, du 23 mars, de médiation familiale), Canaries (Loi 15/2003, du 8 avril, de la médiation familiale et Loi 3/2005, du 23 juin, pour la modification de la Loi 15/2003, du 8 avril, de la médiation familiale), Cantabrique (Loi 1/2011, du 28 mars, de Médiation de la Communauté Autonome du

²⁶ Médiation intrajudiciaire en Espagne : données 2014.
<http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Mediacion/Datos-estadisticos/Mediacion-intrajudicial-en-Espana-datos-2014>

²⁷ https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-13647

²⁸ <http://remediabuscador.mjusticia.gob.es/remediabuscador/RegistroMediador>

Cantabrique), Castille-la Manche (Loi 4/2005, du 24 mai, du Service Social Spécialisé de Médiation Familiale), Castille-Léon (Loi 1/2006, du 6 avril, de médiation familiale de Castille-Léon), Catalogne (Lo 15/2009, du 22 juillet, de médiation dans le domaine du droit privé), Communauté de Valence (Loi 7/2001, du 26 novembre, régulatrice de la médiation familiale, dans le domaine de la Communauté de Valence et Loi 5/2011, du 1^{er} avril, de la Generalitat, de Relations Familiales des petits garçons et petites filles dont les parents ne vivent pas en commun), Galice (Loi 4/2001, du 31 mai, régulatrice de la médiation familiale), Îles Baléares (Loi 4/2010, du 9 décembre, de Médiation Familiale des Îles Baléares), Madrid (Loi 1/2007, du 21 février, de Médiation Familiale de la Communauté de Madrid) et Pays Basque (Loi 1/2008, du 8 février, de Médiation Familiale).

Les Communautés Autonomes ont aussi des Registres propres où l'on peut s'inscrire les médiateurs familiaux qui prêtent des services dans leur territoire.

Violence domestique contre les femmes

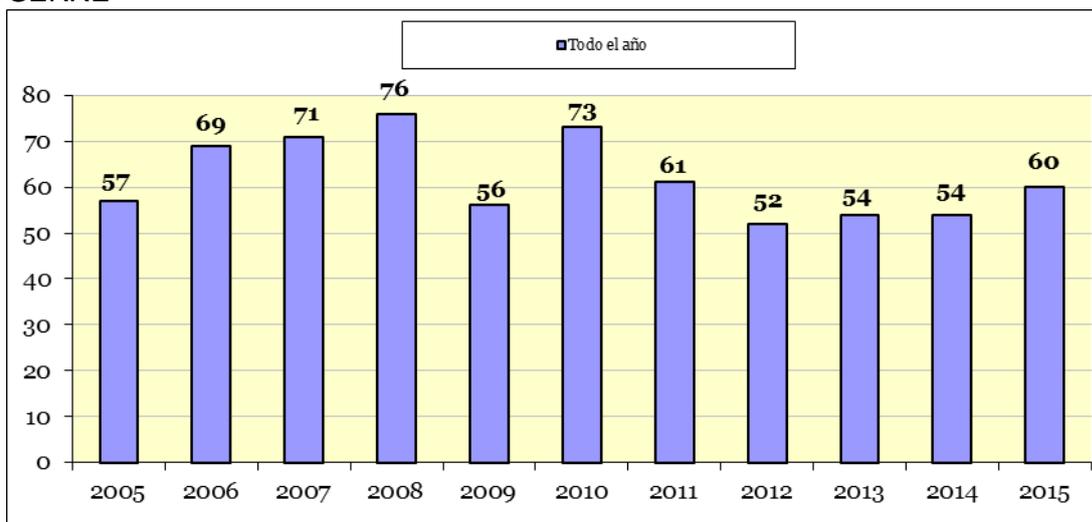
La législation en vigueur reconnaît de différents droits aux femmes victimes de la violence de genre tels que le droit à l'information, le droit à l'assistance sociale et juridique, etc.

En particulier en ce qui concerne le droit à l'assistance juridique le Décret-loi Royal 3/2013, du 22 février, introduit d'améliorations dans la reconnaissance de ce droit. De cette façon, s'adapte la Loi Organique 1/2004, du 28 décembre, de Mesures de Protection Intégrale contre la Violence de Genre moyennant la modification de son article 20. En vertu de celle-ci, l'on reconnaît que les victimes de violence de genre et de traite d'êtres humains, ainsi que leurs ayants cause, indépendamment de l'existence de recours pour être en litige, ont droit à l'assistance juridique gratuite, qui leur sera prêtée immédiatement, dans ces procédures qui ont lien, découlent ou soient conséquence de leur condition de victimes.

Le Comité souhaite que le prochain rapport apporte des données sur des chiffres. **Ci-après on comprend les chiffres disponibles.**

- Les années 2012, 2013 et 2014, sont les ans où l'on a eu un moindre nombre **de victimes mortelles pour la violence de genre** (pour le couple ou excouple) avec 52, 54 et 54 femmes, depuis que l'on comptabilise de l'année 2003.

ÉVOLUTION DE CHIFFRES DE VICTIMES MORTELLES POUR VIOLENCE DE GENRE



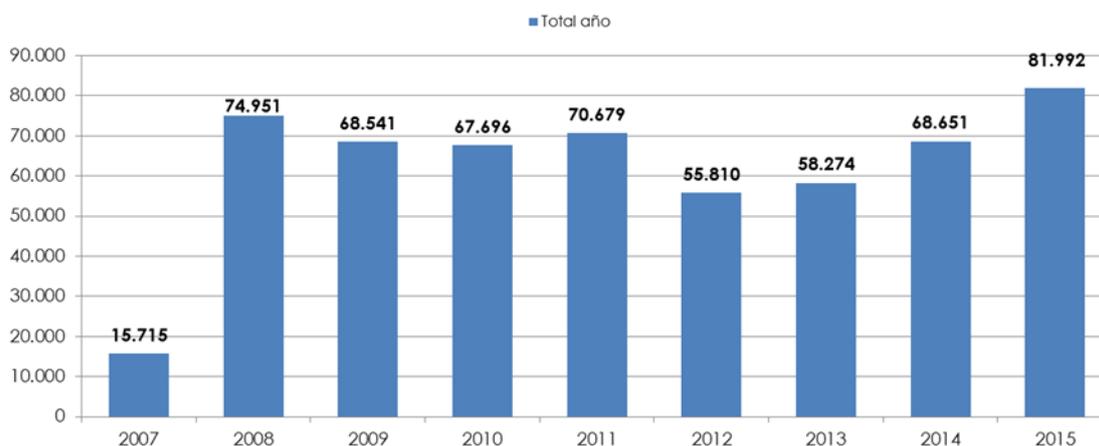
Source : Délégation du Gouvernement pour la Violence de Genre. Ministère de la Santé, Services Sociaux et Égalité.

- Dans l'année 2015, il y a un **máximum historique d'appels pertinents au Service Téléphonique 016 d'information et conseil juridique en matière de violence de genre** avec 81.922 appels, tout en dépassant les appels même de l'année 2008 qui est la première année complète du service (74.951 appels pertinents en 2008).

Évolution d'appels au numéro 016 Total appels : 562.309

Evolución de llamadas al 016

Total llamadas: 562.309



Source : Délégation du Gouvernement pour la violence de genre. Ministère de la Santé, Services Sociaux et Égalité.

Dans l'année 2015 on a eu une augmentation de 19,4% des appels pertinents au numéro 016 par rapport à l'année précédente.

- À 31 décembre 2015 il y avait 10.887 usagères actives dans le **Service Téléphonique d'Assistance et Protection Mobile à victimes de violence de genre (ATENPRO)**, ce qui implique un 3,7% plus que les usagères enregistrées à 31 décembre 2014.

Usagères inscrites au service téléphonique d'assistance et protection mobile à victimes de violence de genre à 31 décembre



Source : Délégation du Gouvernement pour la Violence de Genre. Ministère de la Santé, Services Sociaux et Égalité.

- À 31 décembre de l'année 2015 il y avait 797 dispositifs actifs dans le **système de suivi par des moyens télématiques des mesures d'éloignement dans le domaine de la violence de genre**, un 11,3% plus qu'à la même date de l'année 2014.

Pendant l'année 2015 on a effectué un 28,7% plus d'installations (655) que celles effectuées pendant l'année 2014 (509).

Évolution des dispositifs actifs à 31 décembre et installations et désinstallations annuelles :



Source : Délégation du Gouvernement pour la Violence de Genre. Ministère de la Santé, Services Sociaux et Égalité.

Protection économique de la famille

Prestations familiales

Le Comité considère que les prestations familiales pour les trois premiers enfants ne représentent pas un pourcentage suffisant de la valeur du revenu mensuel moyen applicable.

Le Comité conclut par conséquent que la situation n'est pas conforme à l'article 16 de la Charte Sociale de 1961 parce que les prestations familiales ne sont pas d'un montant suffisant pour un nombre significatif de familles.

En ce qui concerne cette considération, il faut souligner que dans notre pays le cadre de protection à la famille qui octroie le système de la Sécurité Sociale envisage un ensemble de prestations de nature non contributive qui a été complété et étendu en vertu de successives réformes légales pour s'occuper de nouveaux cas et situations, et établir de cette façon une teneur protectrice de caractères plus universel. La réglementation actuelle de ces prestations est établie dans les articles 351 à 362 de la Loi Générale de la Sécurité Sociale, texte refondu adopté par le Décret-loi Royal 8/2015, du 30 octobre.

Ces prestations sont généralisées en faveur de tous les citoyens qui résident en Espagne et leur reconnaissance est alliée à un critère redistributif, qui est concrétisé dans l'établissement des niveaux maximums de revenus pour accéder à l'allocation économique pour enfant ou mineur à charge en situation de garde aux fins d'adoption ou en situation d'accueil permanent, mineur de 18 ans non handicapé, et à la prestation économique pour naissance ou adoption d'enfant en cas de familles nombreuses, monoparentales et dans les cas de mères handicapées.

Néanmoins, on n'exige pas de justifier cette condition pour être bénéficiaire de l'allocation économique pour enfant ou mineur à charge, en cas de garde aux fins d'adoption ou en situation d'accueil permanent, mineur de 18 ans avec un handicap égal

ou supérieur à 33% ni lorsque l'enfant à charge est plus âgé de cet âge et est touché d'un handicap dans un degré égal ou supérieur à 65%; on n'exige non plus le justifier pour la prestation économique pour accouchement pour adoption multiples.

Il faut souligner que, actuellement, les circonstances économiques qui est en train de traverser le pays ne permettent pas d'améliorer la protection sociale, car cela aurait une importante répercussion économique sur la correspondante augmentation des frais. Les causes ont lien et incidence directe à la politique de réduction extraordinaire des frais de la Sécurité Sociale et c'est pourquoi, actuellement, n'est pas viable un plus grand engagement des dépenses publiques moyennant l'élargissement du domaine de protection des prestations familiales, pour souhaitable qui serait la mesure.

Par cette raison, dans les dernières années, à travers la correspondante Loi du Budget de l'État, seulement on a mis à jour les montants correspondants aux prestations économiques pour enfants à charge plus âgés de 18 ans et touchés d'un handicap dans un degré égal ou supérieur à 65% ou à 75%, dans le but s'occuper de la situation de plus grand besoin où se trouvent les personnes handicapées et essayer d'octroyer à ce collectif une plus grande protection, tout en maintenant fixes les montants des autres prestations familiales.

En outre, il convient de faire remarquer que toute modification ou révision des paramètres qui touchent le système de la Sécurité Sociale doit être soumise à l'étude et l'analyse de la Commission du Pacte de Tolède dans la Chambre de Députés, négociée avec les partenaires sociaux dans la Table pour le Dialogue Social et adoptée moyennant la loi correspondante, dans le cadre de la viabilité et la durabilité financière de ce système.

Par ailleurs, Le Comité demande que dans le prochain rapport l'on indique si les apatrides et les réfugiés jouissent d'égalité de traitement en matière de prestations familiales.

Eh bien, la Loi 12/2009, régulatrice du droit d'asile et de la protection subsidiaire établit les termes auxquels les personnes nationales des pays non communautaires et les apatrides pourront être protégés en Espagne, conformément à l'article 13 de la Constitution espagnole.

Le droit d'asile est la protection dispensée aux ressortissants nationaux non communautaires ou aux apatrides auxquels l'on reconnaisse la condition de réfugié aux termes définis dans la Convention sur le Statut des Réfugiés, faite à Genève le 28 juillet 1951, et son Protocole, souscrit à New York le 31 janvier 1967.

La résolution favorable sur la demande d'asile en Espagne impliquera la reconnaissance de la condition de réfugié du demandeur, qui aura droit à résider en Espagne et à développer d'activités professionnelles et commerciales.

Pour sa part, le Ministre de l'Intérieur reconnaîtra la condition d'apatride aux ressortissants étrangers qui, en manifestant qui manquent de nationalité, remplissent les conditions prévues dans la Convention sur le Statut d'Apatrides, faite à New York le 28 septembre 1954, et on leur délivrera la documentation prévue dans l'article 27 de cette Convention.

Tant les réfugiés que les apatrides reconnus auront droit à résider en Espagne et à leur délivrer le document d'identité nécessaire, ainsi qu'à développer d'activités professionnelles et commerciales conformément à ce qui est stipulé dans la réglementation des étrangers.

Par conséquent, depuis le moment où ils résident légalement en Espagne, et ils remplissent les conditions exigées pour cela, les réfugiés et les apatrides pourront accéder aux prestations familiales de la Sécurité Sociale dans sa modalité non contributive dans les mêmes conditions que les ressortissants nationaux.

Familles vulnérables

Dans sa conclusion précédente (Conclusions XIX-4 2011), le Comité a demandé d'informations sur les moyens mis en exécution pour assurer la protection économique des familles rom.

En abordant cette question, il faut prendre en considération qu'en Espagne, bien qu'il y ait des mesures adressées d'une façon spécifique à la population gitane, la plupart de politiques publiques qui assurent une protection économique aux familles, sont adressées à l'ensemble de la population en général, et quelques d'elles, telles que celles qui assurent des revenus minimums, à ces secteurs de la population qui se trouvent dans des conditions d'une spéciale vulnérabilité ou exclusion sociale, comme c'est le cas d'un haut pourcentage des familles gitanes.

En partant de cette prémisse, tel qu'on établit la Stratégie Nationale pour l'Inclusion Sociale de la Population Gitane 2012-2020, la population gitane en Espagne, en termes généraux, a subi d'importants progrès sociaux dans les derniers 40 ans; ces progrès sont allés ensemble de la démocratisation de la société espagnole, la croissance économique du pays, la construction d'un État social, l'accès généralisé aux systèmes de bien-être social (notamment le logement, l'éducation, la santé et les services et prestations sociales) et les mesures et programmes spécifiques adressées à compenser les désavantages.

Le développement de l'État Social à travers l'universalisation des systèmes éducatif et sanitaire et des pensions non contributives, le renforcement de systèmes de protection pour chômage, la consolidation d'un système public de services sociaux (tout en comprenant des systèmes de revenus minimums) les politiques de logement social, etc., a eu une répercussion positive sur les conditions de vie de beaucoup personnes gitanes qui se sont bénéficiées de ces mesures non par leur condition de gitanes, mais pour être personnes qui se trouvaient en situations d'une plus grande désavantage social.

Des plans gouvernementaux dans les domaines d'emploi, inclusion sociale, etc., ont compris, notamment dans la dernière décennie, des références explicites à la population gitane,²⁹ ce qui a permis d'aligner efforts, l'identification de bonnes pratiques et une plus grande coopération entre les acteurs.

²⁹ Par exemple, le Plan National d'Inclusion Sociale du Royaume de l'Espagne 2008-2010 comprenait des mesures spécifiques pour la population gitane telles que l'adoption d'un plan d'action spécifique de domaine de l'état et des plans

L'approche inclusive des politiques sociales de caractère universel ont été complétées avec des mesures spécifiquement adressées à ces personnes gitanes qui avaient des plus grandes difficultés pour accéder aux services universels pour leur situation de désavantage ou exclusion sociale.

À l'échelon de l'état, les mesures les plus remarquables et pionnières sont, l'adoption en 1985 par la Chambre des Députés de la Proposition non de loi sur la création d'un Plan National de Développement Gitane, après laquelle on a mis en marche, en 1989, du Programme de Développement Gitane³⁰.

Dans les mesures de caractère spécifique il faut souligner aussi la coopération financière et technique avec d'organisations non gouvernementales (ONG) du mouvement associatif gitane et/ou un double aspect : (a) la de prestation d'appui technique à ces organisations, et (b) la d'appui économique aux programmes d'intérêt social qui effectuent ces organisations³¹.

Il y a des stratégies ou plans autonomes spécifiques adressés à l'inclusion sociale de la population gitane en 5 communautés autonomes généralement liées à la Stratégie nationale : Andalousie, Catalogne, La Rioja, Galice, Pays Basque. En outre, dans autres 3 communautés autonomes est prévu élaborer ou adopter un plan prochainement : Madrid, Navarre et Valence.

En outre, il faut souligner qu'en 6 communautés autonomes, les plans sectoriels régionaux font référence spécifique à la population gitane (Andalousie, Asturies, Cantabrique, Castille-Léon, Galice, Pays Basque).

Ces mesures target ou spécifiques adressées à la population gitane ont été combinées avec des mesures adressées à l'ensemble de la population espagnole, touché aussi la population gitane.

La population gitane qui se trouve dans une situation d'exclusion sociale ou de vulnérabilité peut trouver dans les services sociaux des premiers soins le premier niveau d'assistance des besoins sociaux de base des citoyens. En ce sens, il faut souligner qu'on a mis en marche de nombreuses mesures à l'échelon local, régional et national pour faciliter l'accès de la population gitane à ces services, tout en

autonomes, ainsi que le développement des fonctions du Conseil de l'État du Peuple Gitane.

³⁰ En 1989 on a créé un poste budgétaire spécifique dans le Budget de l'État pour le financement de ce Programme. La distribution de ce crédit est faite, depuis lors, à travers d'accords de collaboration avec les communautés autonomes, qui apportent un cofinancement.

³¹ L'appui économique est mis en oeuvre à travers des subventions réglementées dans les convocations annuelles du Ministère; concrètement, la convocation de subventions imputées au 0,75 de l'Impôt sur le Revenu des Personnes Physiques (IRPF) pour la réalisation de programmes de coopération et volontariat sociaux, où l'on comprend depuis l'année 1989, comme des programmes d'intérêt général susceptibles de subvention, les "Programmes pour le peuple gitane", ainsi que la convocation pour le renforcement du tissu associatif dans le cadre des subventions du régime général.

franchissant les obstacles existants et en adaptant l'offre aux besoins spécifiques de la population³².

Par ailleurs, l'accès aux Services Sociaux est complété, lorsqu'il faut, avec l'accès à un ensemble de revenus orientés à apporter aux personnes en ayant besoin, des montants suffisants pour faire face aux besoins du quotidien. D'un côté, ont une spéciale importance les dénommées Prestations Non Contributives, gérées dans le domaine national, en vertu duquel l'on octroie une certaine somme mensuelle, calculée sur la base de divers critères, à ces personnes qui n'ont pas généré droit à une prestation contributive.

D'autre part, à l'échelon régional et local il faut souligner l'importance des **Revenus Minimums d'Insertion (RMI)**.

On reçoit cette dénomination les différents programmes qui ont les communautés autonomes et villes de Ceuta et Melilla adressées aux personnes et familles qui manquent de ressources économiques suffisantes pour satisfaire aux leurs besoins basiques, accompagné en outre d'un processus d'intervention sociale. Dans quelques cas ces programmes sont liés en outre à des processus d'intervention du travail.

Cette prestation économique reçoit différentes dénominations en fonction de la communauté ou ville autonome, telles que salaire social de base, revenu minimum d'insertion, revenu garanti, etc. Comme une partie du Système Public de Services Sociaux, sont une compétence exclusive des Communautés et Villes autonomes, c'est pourquoi chacune d'elles établit les différentes façons d'accès, conditions requises, mesures supplémentaires, leur durée ou leur montant, entre d'autres.

Familles vulnérables (monoparentales)

Le Comité fait remarquer que, selon le rapport publié en 2014 par human Rights Watch, les femmes sont les plus touchées par la crise des prêts hypothécaires à cause d'une instabilité plus grande de leurs revenus, d'un salaire moyen plus faible et de plus grandes responsabilités en ce qui concerne la garde des enfants. Le Comité souligne que le 90% des familles monoparentales ont à la tête une femme. Devant cela, le Comité demande que le prochain rapport indique les mesures qui ont été adoptées à la fin de remédier à cette situation.

Les mesures prises dans cette période en ce qui concerne les familles en situation de vulnérabilité socioéconomique sont pleinement applicables au collectif spécifique de familles monoparentales, qui a un taux de pauvreté relative supérieur à la moyenne.

En ce sens, en ce qui concerne la crise des prêts hypothécaires on a compris d'une façon expresse les unités monoparentales dans les éventuels bénéficiaires des mesures d'appui à débiteurs hypothécaires :

On peut différencier deux sortes de mesures :

³² En guise d'exemple, il faudrait souligner dans l'accès à la santé le projet Equi Sastipen, de promotion de la santé entre la population gitane ou le déjà connu programme Acceder, pour faciliter l'accès de cette population au marché du travail normalisé.

1. Le Fond Social de Logements propriété des entités de crédit, destinés à location sociale pour offrir couverture à ces personnes qui ont été expulsées de leur logement habituel par le non-paiement d'un prêt hypothécaire, qui ont insuffisance de revenus et qui se trouvent en situation d'une spéciale vulnérabilité.

En particulier, le Fonds Social de Logements (FSV) est constitué moyennant une convention de laquelle font partie les Ministères de l'Économie et de la Compétitivité, de la Santé, des Services Sociaux et Égalité ; et Développement, la Banque de l'Espagne, la Fédération Espagnole de Communes et Provinces (FEMP), le Mouvement du Troisième Secteur, les patronats bancaires et diverses entités de crédit.

Le Fonds Social de Logements est intégré par un nombre de logements apportés par entités financières qui sont disponibles en régime de location sociale pour des personnes et familles qui ont perdu leur logement habituel et qui ne peuvent pas faire face au paiement de l'hypothèque.

On pourra bénéficier toutes ces personnes qui auraient perdu leur logement habituel postérieurement au 31 décembre 2007 en faveur de quelques des entités de crédit signataires de la Convention, et qui se trouvent dans l'une des ces situations suivantes :

- Que l'expulsion aurait eu lieu comme conséquence d'une demande d'exécution pour non-paiement d'un prêt hypothécaire, ou d'un prêt non hypothécaire, à la condition qu'on remplisse les conditions.
- Que la procédure d'exécution hypothécaire aurait terminé avec l'adjudication du logement, mais qui n'aurait donné lieu à l'expulsion effective de celui-ci.
- Qu'on aurait eu lieu une dation en paiement du logement, dans le cas d'un prêt hypothécaire, bien qu'on n'ait pas eu l'abandon effectif du logement.

Pour cela on demande que, au moment de la production de la demande, les suivantes conditions soient remplies :

- Que l'ensemble des revenus du demandeur et, le cas échéant, des membres de l'unité familiale, ne dépasse pas la limite de trois fois l'Indicateur Public de Revenus d'Effets Multiples (IPREM). En 2016, a été de 1.597 euros.
- Que ni le demandeur ni, le cas échéant, aucun des membres de l'unité familiale, ne dispose pas de logement en propriété.
- Que les personnes se trouvent dans un cas de spéciale vulnérabilité, entre lesquels on comprend expressément les familles monoparentales avec deux ou plus enfants à charge et, en général, toutes les familles (monoparentales ou non) qui aient des mineurs à charge.

- Mesures d'appui aux familles qui ont difficultés dans le paiement de la dette hypothécaire et se trouvent en situation d'une spéciale vulnérabilité, moyennant, entre d'autres, l'application du Code de Bonnes Pratiques pour la restructuration viable des dettes avec garantie hypothécaire sur le logement habituel ou la prolongation jusqu'à l'année 2017 de la période de suspension de expulsions sur des logements habituels.

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

PARAGRAPHE 1 – AIDE ET INFORMATION SUR LES MIGRATIONS

Observation préliminaire sur le domaine objectif de l'article 19.1 de la Charte Sociale Européenne

On remarque qu'il n'est pas tout à fait évident le lien des questions traitées à la teneur littérale de l'article 19.1 de la Charte Sociale. De la teneur littérale de l'article 19.1 il semble clair que l'objet de celui-ci est la protection des travailleurs migrants, à travers les services gratuits appropriés et informations exactes, notamment contre informations trompeuses en matière d'immigration et émigration, des notions toutes elles qui ne sont pas extensibles sans forcer leur teneur littérale à toute mesure qui soit prise en matière de lutte contre le racisme et la xénophobie, y compris la collecte de données et information à ce sujet.

Surtout lorsqu'il y a d'autres instruments juridiques internationaux spécifiques dans cette matière, comme la Convention Internationale pour la Suppression de toutes les formes de Discrimination Raciale, qui disposent également de son Comité et devant lequel l'Espagne doit répondre des mesures prises en matière de lutte contre le racisme et la xénophobie.

Évolution des politiques et du cadre réglementaire

Le Comité demande apporter des précisions sur la Stratégie Intégrale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et d'autres formes connexes d'intolérance qui comprendrait toutes les données pertinentes relatives à la discrimination raciale, par exemple, ainsi que d'informations détaillées sur les actions en justice concernant des faits de caractère racial dans le but de le permettre apprécier la situation en Espagne, en particulier sous l'angle de la publicité trompeuse.

La Stratégie Intégrale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et d'autres formes connexes d'intolérance³³ constitue le cadre d'action des organismes

³³ (Disponible en espagnol et en anglais):

http://explotacion.mtin.gob.es/oberaxe/inicio_descargarFichero?bibliotecaDatoId=207

http://explotacion.mtin.gob.es/oberaxe/inicio_descargaFichero?bibliotecaDatoId=207

de l'État et de la société civile dans la lutte contre le racisme, la xénophobie et d'autres formes d'intolérance.

La Stratégie, dont la rédaction a été coordonnée par l'Observatoire espagnol du racisme et la xénophobie (Oberaxe), unité dépendante du Secrétariat Général d'Immigration et Émigration du Ministère de l'Emploi et de la Sécurité Sociale, est un engagement international de l'État espagnol, acquis dans le cadre de la Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et d'autres formes connexes d'intolérance, tenue à Durban dans l'année 2001.

La Stratégie part d'un diagnostic de la situation et envisage d'actions en diverses matières: analyse des systèmes d'information et l'action juridique pénale sur racisme, discrimination raciale, xénophobie et d'autres formes connexes d'intolérance; impulsion de la coordination et la coopération institutionnelle et avec la société civile; prévention et protection intégrale aux victimes du racisme, discrimination raciale, la xénophobie et d'autres formes connexes d'intolérance; mesures éducatives; d'emploi, de santé, du logement; médias; Internet; du sport et sensibilisation.

Dans l'année 2014 on a complété le Rapport d'Évaluation de la Stratégie où l'on recueille le résultat de son application aux politiques développées par les administrations publiques et aussi les actions de la société civile dans la période 2012 à 2014.

L'Évaluation montre comment les administratins de l'état, les Communautés Autonomes et l'Administration Locale, ainsi que la société civile et d'autres organismes, avancent dans le chemin pour atteindre les objectifs proposés dans la Stratégie. L'Évaluation mets aussi en évidence le degré d'implication des administrations publiques et leur effort en travailler pour l'égalité et combattre la discrimination, comme exige constamment la société. Par ailleurs, indique le chemin à suivre : en approfondissant ces objectifs qui ont été atteints et quels sont ceux qui continuent encore sans être surmontés et où il faut redoubler les efforts.

Depuis la publication de la Stratégie l'on a développé d'actions concernant 35 objectifs et 69 mesures. Entre tous les domaines évalués, on a atteint des succès remarquables dans quelques très importants comme celui de l'éducation, où l'on a notifié le plus grand nombre d'actions, notamment pour part des Communautés Autonomes, qui ont les compétences exécutives en éducation. Aussi dans le domaine de la prévention et de la protection intégrale des victimes ; dans le domaine de l'analyse, des systèmes d'information et action juridique pénale et en actions de sensibilisation de notables progrès ont été notifiés.

Pour effectuer l'évaluation on a eu la collaboration d'un bon nombre de Départements de l'état et de toutes les Communautés Autonomes, qui ont apporté les données qui permettent d'évaluer le degré d'application de la Stratégie.

L'un des objectifs de la **Stratégie** est centré sur *l'amélioration des systèmes de collecte d'information statistique institutionnelle sur incidents racistes et xénophobes, discrimination raciale et d'autres formes connexes d'intolérance.*

En ce sens, à partir de l'année 2011 on a eu lieu des changements significatifs dans le Système Statistique de Criminalité (SEC) du Ministère de l'Intérieur. Le résultat a été que l'Espagne figure entre les États qui ont une procédure, qui permet d'enregistrer des données désagrégées en fonction du type de motivation et qui effectue une publication permanente et systématique de celles-ci. Cela a été possible grâce à l'amélioration du SEC et à la formation spécialisée des Forces et Corps de Sécurité de l'état, autonomes et locaux pour part du Ministère de l'Intérieur en collaboration avec d'autres institutions, en particulier le Secrétariat Général d'Immigration et Émigration à travers l'Observatoire espagnol du racisme et la xénophobie, dans le cadre du projet d'"identification et enregistrement d'incidents racistes ou xénophobes"(FIRIR).

De même et en ce qui concerne la collecte de données sur le nombre de plaintes déposées et le type d'infractions pénales enregistrées avec des composantes racistes, xénophobes ou d'autre forme connexe d'intolérance, dans le Système Statistique de Criminalité des Forces et Corps de Sécurité de l'État, le nombre d'incidents racistes ou xénophobes recueillis a été le suivant:

- En 2013 on a enregistré 1.172 incidents, classés en fonction du type de motivation : 452 pour orientation et identité sexuelle, 381 pour racisme ou xénophobie, 290 pour handicap, 42 pour les croyances ou pratiques religieuses, 4 pour aporophobie et 3 pour antisémitisme.
- En 2014 on a enregistré 1.285 incidents, classés en fonction du type de motivation de la suivante façon : 513 pour orientation et identité sexuelle, 475 pour racisme ou xénophobie, 199 pour handicap, 63 pour croyances ou pratiques religieuses, 11 pour aporophobie et 24 pour antisémitisme.
- En 2015, on a enregistré 1.324 incidents, classés pour type de motivation : antisémitisme 9, aporophobie 15, croyances ou pratiques religieuses 70, handicap 224, orientation ou identité sexuelle 168, racisme/xénophobie 506, idéologie 308 et 24 pour discrimination par sexe/genre.

Il faut remarquer que l'accroissement est associé a la plus grande sensibilisation (plus de plaintes) et une meilleure détection des incidences.

En outre il faut souligner les suivantes mesures dans le **domaine législatif** :

- La réforme du Code Pénal adoptée par la Loi Organique 1/2015, du 30 mars, qui est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2015, et qui a donné un traitement plus étendu et spécifique à l'article 510, qui traite de l'incitation à la haine et à la discrimination et le 607, qui verser sur la justification du génocide. La Loi renforce la poursuite de la discrimination, l'humiliation et l'incitation à la haine contre des minorités, ethnies ou groupes idéologiques. On augmente les peines et on sanctionne de nouveaux cas, comme la diffusion par Internet d'écrits incitant la haine avec des motifs racistes ou xénophobes.
- L'adoption de la Loi 4/2015, du 27 avril, du Statut de la victime du délit, qui est entrée en vigueur le 7 juillet 2015. L'article 23.2.b) VII de cette Loi recueille la détermination des mesures de protection qui doivent être prises pour éviter à la victime des préjudices remarquables qui pourraient découler de la procédure pénale, et qui sera effectuée après une évaluation de ses circonstances

particulières. Ainsi, on prendra spécialement en considération les circonstances de ces victimes de *“Delits commis pour des motifs racistes, antisémites ou d’autres concernant l’idéologie, la religion ou les croyances, situation familiale, l’appartenance de leurs membres à une ethnie, race ou nation, leur origine nationale, leur sexe, orientation ou identité sexuelle, maladie ou handicap”*.

Services gratuits et information pour les travailleurs migrants

Le Comité demande information sur les services gratuits et information offerte aux immigrants et, en particulier, veut savoir si l’information offerte à travers le site web du MEYSS est fournie en d’autres langues outre l’espagnol et l’anglais.

-Informations fournies d’une façon gratuite aux immigrants

Le **site web** créé par le Ministère de l’Emploi et de la Sécurité Sociale (MEYSS) et d’autres organismes avec compétence en la matière fournissent une vaste information sur les procédures et démarches en espagnol et anglais, ne la fournissant pas en d’autres langues.

Par ailleurs, les Bureaux des Étrangers eux-mêmes, dépendants fonctionnellement du MEYSS, dans leur domaine provincial, ont des services d’information **en direct** auxquels arrivent tous les jours, tant la population étrangère elle-même que les employeurs, les professionnels de différentes branches et d’autres intéressés.

Ces personnes sont reçues par employés publics formés à cette fin et spécialisés selon types d’autorisation et procédures. En fait, plus de la moitié des personnes qui déposent quelque demande ont été reçues dans ces services préalablement.

D’autre part, le Secrétariat Général d’Immigration et Émigration, dépendant du Ministère de l’Emploi et de la Sécurité Sociale, fournisse également information en direct, téléphonique et écrite par divers moyens.

Bien que l’information fournie soit majoritairement en espagnol (langue officielle qui est parlée dans tout le territoire national conjointement avec d’autres langues coofficielles) on utilise aussi l’anglais et le français en fonction de ce qui requière l’intéressé. On fournit aussi information écrite à travers des dépliants explicatifs en roumain, bulgare, arabe, russe, chinois et portugais

Il faut aussi prendre en considération qu’à titre général, **les politiques d’intégration d’immigrants** sont adressées en Espagne à promouvoir et garantir l’accès normalisé de la population immigrée aux services publics et privés de caractère général, en des conditions d’égalité en ce qui concerne les droits et les obligations de la population autochtone; en ce sens, dans les actions spécifiques adressées à la population immigrante, notamment à ces personnes en situation d’une plus grande vulnérabilité, se trouvent la prestation de services d’information, orientation et conseil sur différentes questions d’intérêt pour faciliter leur meilleure intégration dans la société espagnole; ces services sont de caractère gratuit. Ces actions sont effectuées, dans leur grande partie, par d’organisations sociales sans but lucratif subventionnées.

Le Secrétariat Général d'Immigration et Émigration organise annuellement des convocations de subventions adressées à ONG d'appui, tant aux immigrants qu'à demandeurs et bénéficiaires de protection internationale, dont le but est effectuer différentes actions d'accueil et intégration, entre lesquelles se trouvent les mentionnées d'information, orientation et conseil gratuites ainsi que leur dérivation à ces services publics pertinents. Dans la suivante adresse d'Internet on peut trouver plus information sur ces convocations de subventions :

http://extranjeros.empleo.gob.es/es/Subvenciones/anos_anteriores/area_integracion/2013/index.html

http://extranjeros.empleo.gob.es/es/Subvenciones/anos_anteriores/area_integracion/2012/index.html

http://extranjeros.empleo.gob.es/es/Subvenciones/anos_anteriores/area_integracion/2011/index.html

http://extranjeros.empleo.gob.es/es/Subvenciones/anos_anteriores/area_integracion/2010/index.html

-Initiative Intégrale Locale et information visant à faciliter l'intégration

Le Comité demande informations complètes et mises à jour sur les résultats de l'Initiative Intégrale Locale. Le Comité demande aussi des précisions sur les informations données aux migrants avant et après de leur arrivée dans le but de les aider à s'intégrer dans la société espagnole.

Il convient d'éclairer que l'Initiative **INTEGRALOCAL** à laquelle le Comité définit comme un "service d'intégration" est un site web qui a été créé comme point de référence des entités locales pour l'accès à différentes informations concernant l'intégration des personnes immigrantes dans le domaine local.

Ses objectifs étaient : créer un circuit d'utilité et intérêt pour les entités locales et professionnelles qui travaillaient dans ce domaine, en recueillant les projets innovateurs des Entités Locales subventionnés par la Direction Générale de Migrations (à cette époque-là Direction Générale d'Immigrants). Elle a été active jusqu'à l'année 2011 ; le nombre total de entités enregistrées au portail s'élève à 3.597, avec 3.335 techniciens locaux et 5.248 projets d'intégration locale disponibles.

Le Comité formule quelques **observations concernant les compétences en matière d'égalité de traitement et non discrimination** qui sont du ressort de l'Institut de la Femme et pour l'égalité des Chances, ainsi qu'avec le Conseil pour la Suppression de la Discrimination Raciale ou Ethnique, organe collégial affecté au Ministère de la Santé, Services Sociaux et Égalité à travers l'Institut de la Femme et pour l'Égalité des Chances.

En particulier, le Comité se fait l'écho de que le Rapporteur Spécial des Nations Unies sur les formes contemporaines de racisme fait remarquer que l'application de la législation contre la discrimination n'est pas suffisamment efficace et qu'en particulier n'est pas invoquée fréquemment devant les tribunaux.

De même, le Comité recueille l'observation de la publication *Migrant Integration Policy Index (MIPEX)*, élaborée par l'organisation non gouvernementale fondée sur Bruxelles *Migration Policy Group*, en ce sens que l'organisme d'égalité espagnol –c'est-à-dire, le Conseil pour la Suppression de la Discrimination Raciale- souffre de faiblesse et l'affirmation en ce sens du mentionné Rapporteur Spécial que le Conseil dispose d'insuffisantes ressources humaines et financières.

Le Comité demande qu'en futurs rapports on réponde à ces observations et d'exemples du travail de cet organes soient apportés.

Par ailleurs, le Comité mentionne aussi entre ses préoccupations la formation pour l'identification d'incidents racistes et xénophobes et la collecte d'information et des données statistiques sur actes de discrimination et racisme.

À ces effets, la réponse est structurée dans une observation préliminaire et trois paragraphes concernant l'information sur les activités du Conseil pour la Suppression de la Discrimination Raciale ou Ethnique, sur collecte des données et sur formation, respectivement.

Information concernant le Conseil pour la Suppression de la Discrimination Raciale ou Ethnique

Bien que le texte du rapport fait référence au *Conseil pour la Promotion de l'Égalité de Traitement et Non Discrimination des Personnes pour l'Origine Raciale ou Ethnique*, il faut comprendre les références faites au *Conseil pour la Suppression de la Discrimination Raciale ou Ethnique*, étant donné le changement en sa dénomination opéré par la Loi 15/2014, du 16 septembre, de rationalisation du Secteur Public et d'autres mesures de réforme administrative.

Ce Conseil constitue un organe collégial de l'Administration Générale de l'État affecté à l'Institut de la Femme et pour l'Égalité des Chances (IMIO), mais sans s'inscrire dans sa structure hiérarchique, dans lequel les administrations publiques avec compétences touchant la lutte contre la discrimination sont représentées, avec les entités sociales qu'également travaillent dans ce domaine.

Ce Conseil porte cause de la Directive 43/2000/CE, portant l'application du principe d'égalité de traitement aux personnes indépendamment de leur origine raciale ou ethnique, transposée à l'ordre espagnol par la Loi 62/2003, du 30 décembre, et ses fonctions principales consistent à **prêter d'assistance indépendante** aux victimes de discrimination pour leur origine raciale ou ethnique, faire **des études indépendantes et publier des rapports et recommandations indépendantes** sur d'aspects concernant son objet.

Avec la modification de sa dénomination on cherche à encourager un plus facile accès des éventuelles victimes de discrimination en particulier, en même temps qu'on définit avec une plus grande clarté ses domaines d'action et l'on recueille expressément l'indépendance avec laquelle exercent ses fonctions.

Simultanément, l'affectation à l'IMIO, qui a la condition d'organisme d'égalité de traitement aux effets des Directives européennes en matière d'égalité de genre 2006/54 et 2004/113, permet de **réunir dans une même institution la condition**

d'organisme d'égalité de traitement et non discrimination par les motifs de genre et d'origine raciale ou ethnique, avec le renforcement et synergies que cela implique.

Le fait d'agglutiner le travail en ce qui concerne plusieurs motifs de discrimination est en ligne avec la tendance européenne d'organismes d'égalité de traitement avec grandes compétences capables de se constituer en références pour la population et développer une plus grande efficacité dans la lutte contre la discrimination.

Dans le développement de ses travaux, le Conseil est assisté par le personnel de l'IMIO lui-même, plus en particulier par la Sous-direction Générale pour l'Égalité de Traitement et la non Discrimination, qui exerce aussi les travaux de secrétariat du Conseil. Par conséquent, les **ressources humaines et financières** du Conseil sont garanties par cette affectation à l'IMIO.

Ci-après **les activités les plus remarquables du Conseil** pendant son actuelle période d'activité sont synthétisées :

a) **Service d'assistance aux victimes de la discrimination par leur origine raciale ou ethnique**

Le service d'assistance aux victimes est mis en oeuvre à travers un contrat public, qui a été attribué, après le pertinent concours public, à une organisation non gouvernementale spécialisée, la Fondation Secrétariat Gitan. À son tour, cette Fondation a sous-traité une partie du service d'assistance à diverses autres organisations non gouvernementales spécialisées dans le domaine de l'assistance aux immigrants et de la lutte contre le racisme, la xénophobie et l'intolérance (ACCEM, CEAR, CRE, Fondation CEPAIM, MPDL, MCI, Réseau Acoge) en formant ou constituant de cette façon un réseau de bureaux qui rend possible la présence du service d'assistance aux victimes dans l'ensemble du territoire espagnol.

En outre, le Service est permanentement accessible à travers son site web, <http://asistenciavictimasdiscriminacion.org>, par courrier électronique et en appelant à un numéro gratuit. Une fois finie la période 2013-2015, on a attribué à nouveau le contrat pour la période 2015-2017, avec la possibilité de prorogation par autres deux années, jusqu'à l'année 2019. Par conséquent, la continuité et la stabilité de ce service sont pleinement garanties.

Tout cela permet de maintenir un réseau de 104 bureaux sur le territoire, intégré par 21 sièges officiels du service et 83 bureaux collaborateurs, qui ont géré un total de 676 incidents discriminatoires produits dans la période mars 2014 – mars 2015, conformément à la dernière mémoire du Service publiée³⁴.

Imputé au même contrat, en plus des actions propres d'assistance à victimes de discrimination, on a effectué actions d'information, sensibilisation et

³⁴ La mémoire du Service correspondant à la période mars 2014-mars 2015 est accessible à:

http://www.igualdadynodiscriminacion.msssi.es/recursos/publicaciones/2015/documentos/MEMORIA_2014_DEL-SERVICIO.pdf

formation aux professionnels des entités qui prêtent le service, ainsi qu'à d'autres agents clé dans la lutte contre la discrimination.

b) **Études, rapports et recommandations élaborés par le Conseil**

Tout au long de 2014 et 2015 le groupe de travail d'études du Conseil a dirigé l'élaboration de l'étude sur "**Perception de la discrimination par l'origine raciale ou ethnique pour part des éventuelles victimes en 2013**"³⁵. Il s'agit d'une étude qui cherche à identifier les perceptions subjectives de discrimination pour part des principaux collectifs susceptibles de souffrir et comparer les résultats obtenus avec études similaires effectuées précédemment, dans le but d'identifier tendances.

De même, le Conseil a adopté le 14 avril 2014 un **rapport concernant le brouillon d'accord d'association** entre le Royaume de l'Espagne et la Commission Européenne pour la nouvelle période de programmation financière 2014-2020 des **Fonds Structuraux et d'investissement**³⁶.

Par ailleurs, le groupe de travail de communication et sensibilisation a élaboré, à la demande de l'Observatoire Espagnol du racisme et la Xénophobie du Ministère de l'Emploi et de la Sécurité Sociale, le **Rapport du Conseil concernant le Rapport d'Évaluation et Suivi de la Stratégie Intégrale contre le Racisme, la Discrimination Raciale, la Xénophobie, et d'autres formes connexes d'intolérance**, adopté par la séance plénière du Conseil le 2 février 2015³⁷.

Enfin, à l'occasion des dernières élections municipales de l'année 2015, le Conseil a adopté le 7 mai 2015 une **Recommandation** aux partis politiques et d'autres acteurs remarquables dans le contexte de la campagne électorale, sous le titre "**Éviter l'utilisation de discours discriminatoires, racistes ou xénophobes dans les campagnes électorales**"³⁸.

Mesures de lutte contre la propagande trompeuse concernant l'émigration et l'immigration

Le Comité demande que les informations complètes et mises à jour sur ces initiatives de lutte contre la propagande trompeuse soient communiquées (page 3).

³⁵ Étude accessible à travers le site web du Conseil:

http://www.igualdadynodiscriminacion.msssi.es/recursos/publicaciones/2015/documentos/2013_Panel_v_f.pdf

³⁶ Rapport accessible à travers le site web du Conseil:

http://www.igualdadynodiscriminacion.msssi.es/recursos/publicaciones/2014/documentos/inf_consejo_acuerdo_FEI.pdf

³⁷ Accessible au site web du Conseil:

http://www.igualdadynodiscriminacion.msssi.es/recursos/publicaciones/2015/documentos/evaluacion_estrategia_02012015.pdf

³⁸ Accessible au site web du Conseil:

http://www.igualdadynodiscriminacion.msssi.es/novedades/novedades/2015/pdf/Recomendacion_Evitar_uso_discursos_racistas_07052015.pdf

En ce qui concerne la demande du Comité sur les initiatives entreprises on rapporte les suivantes:

- **Formation et sensibilisation adressée aux Forces et Corps de Sécurité**

Le Projet **Formation pour l'identification et l'enregistrement d'incidents racistes et xénophobes**, dénommé (FIRIR) a eu l'un de ses produits l'élaboration, publication et diffusion du **"Manuel d'Appui pour la Formation des Forces et Corps de Sécurité dans l'identification et enregistrement d'incidents racistes ou xénophobes"** où l'on offre une information détaillée sur: le rapprochement des notions clé, la perspective internationale et nationale concernant l'enregistrement et l'identification d'incidents racistes ou xénophobes, actions policières nécessaires pour l'identification d'incidents racistes ou xénophobes, sélection de bonnes pratiques policières et recommandations pour l'élaboration d'un protocole d'action policière devant d'incidents racistes ou xénophobes.

Ce projet est effectué en collaboration entre le Ministère de l'Emploi et de la Sécurité Sociale et le Ministère de l'Intérieur.

Le Manuel a permis que les écoles de formation et perfectionnement des Forces et Corps de Sécurité effectuent une formation adressée à 165 formateurs qui, à leur tour, ont transmis cette formation à **plus de 22.000 spécialistes de la Garde Civile, Corps National de la pólíce, Police Autonome (Ertzaintza, Mossos d'Esquadra et Police Foral de Navarre) et Polices Locales**, et ont intégré les teneurs à leurs différents modules dans leurs processus de formation continue. En outre le **projet FIRIR** a impliqué d'autres progrès:

- Le Ministère de l'Intérieur a été en publiant depuis l'année 2013 les rapports annuels désagrégés par incidents enregistrés, par typologie, tel qu'on a détaillé ci-dessus.
- Élaboration d'un Protocole d'action pour les Forces et Corps de Sécurité pour les délits de haine et conduites qui violent les normes légales sur la discrimination.
- Amélioration des systèmes de collecte d'information statistique institutionnelle sur incidents racistes et xénophobes, discrimination raciale et d'autres formes d'intolérance (à travers le Système Statistique de Criminalité SEC).
- Maintien des actions spécifiques de formation et sensibilisation adressées aux fonctionnaires des Forces et Corps de Sécurité.
- **Collaboration et coordination interadministrative pour la prévention et la lutte contre le racisme et la xénophobie**

En septembre 2015 on a signé la **Convention Cadre de Coopération et de Collaboration** souscrite par le Parquet Général, le Conseil Général du Pouvoir Judiciaire, le Ministère de la Justice, le Ministère de la Santé, des Services Sociaux et d'Égalité, Ministère de l'Emploi et de la Sécurité

Sociale, le Ministère de l'Intérieur, Centre d'Études Juridiques, dans le but d'articuler des politiques actives et mesures de prévention et de détection dans le domaine du racisme et la xénophobie dans le cadre des compétences de chacun des souscripteurs de celle-ci. On considère spécialement la formation d'opérateurs juridiques et l'avance dans la collecte des données concernant incidents et délits de haine dans le cadre juridique.

On a commencé à élaborer en 2016 le Plan de Travail pour articuler les différentes actions dans le cadre de cette Convention.

- **Domaine professionnel et patronal : gestion de la diversité**

Dans le domaine du travail et professionnel le Secrétariat Général d'Immigration et d'Émigration, à travers OBERAXE, a effectué depuis décembre 2010 jusqu'à novembre 2011 **le projet GESDI** (Gestion de la diversité dans le monde du travail). Le Projet avait pour but celui d'améliorer l'égalité de traitement et la gestion de la diversité dans le monde du travail, tout en renforçant l'image positive de l'intégration des immigrants et minorités ethniques dans le domaine des entreprises et environnements professionnels.

De même, depuis novembre 2013 jusqu'à avril 2014, on a développé **le Projet GESTIMED** (Gestion de la diversité en moyennes et petites entreprises). Ce projet approfondit l'étude de la gestion de la diversité des personnes immigrantes et minorités ethniques dans la petite et moyenne entreprise dans le but de sensibiliser sur les avantages ou bénéfices d'une gestion appropriée de la diversité culturelle dans un domaine fondamental du tissu patronal espagnol: dans la petite et moyenne entreprise.

- **Domaine d'éducation : Formation et sensibilisation à personnel enseignant et communauté éducative**

En 2014-2015 on a effectué le **Projet Formation pour la prévention et détection du racisme, la xénophobie et formes connexes d'intolérance dans les salles de classe (FRIDA)** dans le but de former et sensibiliser le personnel enseignant, les responsables des centres d'enseignement et communauté éducative en matières fondamentales comme les Droits Humains, et dans la la prévention et la détection du racisme, la xénophobie et d'autres formes connexes d'intolérance, ainsi que dans l'action devant les incidents. On a effectué en collaboration entre l'Observatoire espagnol du racisme et la xénophobie du Secrétariat Général d'Immigration et d'Émigration et le Centre National de Recherche et Innovation (CNIE) du Ministère de l'Éducation, la Culture et du Sport, avec les Communautés Autonomes et les villes autonomes de Ceuta et Melilla.

Principaux résultats du projet

- On a élaboré et publié le **Manuel d'appui pour la prévention et la détection du racisme, la xénophobie** comme outil de travail pour les formateurs, centres de corps enseignant, organisations sociales, et domaine autonome. En outre, on a distribué **10.000 dépliants**

d'information avec les idées clé du Manuel, en castillan, catalan, galicien et basque dans toutes les Communautés Autonomes.

- Le Manuel a été diffusé d'une façon très étendue à agents d'éducation en Communautés Autonomes, Associations d'immigrants et ONG, experts en éducation, Universités, Fondations, Syndicats et Administrations Publiques, Centres de promotion et ressources du corps enseignant, Ambassades et Consulats en Espagne. Le manuel figure en 55 sites web et blogs, ainsi qu'en Facebook et twitter) et l'on a comptabilisé 14.000 téléchargements du site web de l'Observatoire espagnol du racisme et la Xénophobie, de la SGIE, entre septembre 2015 et mars 2016.

*Le Comité demande informations sur les **initiatives à l'échelon national, régional et local dans le but de lutter contre la diffusion de stéréotypes négatifs concernant les travailleurs migrants.***

On fait remarquer les suivantes actions :

- **La Stratégie Intégrale** marque entre ses objectifs donner continuité dans l'élaboration et publication des données statistiques, en particulier *l'Élaboration, publication et diffusion annuelle du Rapport sur le Racisme et la Xénophobie en Espagne pour la connaissance de la situation et ses perspectives d'évolution pour part de l'Observatoire Espagnol du Racime et la Xénophobie.*

En accord, on est à effectuer un **diagnostic annuel de la situation** et l'évolution du racisme et la xénophobie et d'autres formes d'intolérance en Espagne, à travers d'enquêtes à l'échelon national et de leurs correspondants rapports. Il s'agit d'instruments fondamentaux pour décrire le progrès de la société espagnole, ses perceptions et attitudes vers l'immigration, ainsi que pour orienter les politiques publiques dans le domaine de l'intégration des personnes immigrantes et de la lutte contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance en général.

- **Enquête d'attitudes ver l'immigration**

En 2012, 2013, 2014 et en cours en 2015, le Centre de Recherches Sociologiques (CIS) a effectué à la demande du Secrétariat Général d'Immigration et Émigration du Ministère de l'Emploi et de la Sécurité Sociale, l'enquête, à l'échelon national, dénommée "*Attitudes vers l'immigration*", qui recherche sur l'avis/perception des ressortissants espagnols en cette matière.

- **Rapport sur l'évolution du racisme, la xénophobie et d'autres formes d'intolérance en Espagne**

Sur la base des résultats des enquêtes mentionnées on a financé l'élaboration, publication et diffusion des *Rapports 2012, 2013 et 2014 sur l'Évolution du Racime, la Xénophobie et d'autres formes connexes d'intolérance en Espagne*, effectués par l'Université Complutense de Madrid. Dans ces rapports on présente une étude longitudinale et comparative des résultats obtenus dans les enquêtes CIS, en analysant les indicateurs de mesure du racisme et la xénophobie en Espagne et leur comparaison avec les pays de l'UE.

Les résultats du dernier Rapport (2014) montrent que les espagnols interrogés, avancent vers une plus grande tolérance ou acceptation de l'immigration dans la plupart des aspects analysés.

La perception de l'immigration est positive dans un 42% des personnes interrogées et négative dans un 34%. Un 78% approuve l'octroi de droits aux immigrants déjà établis et au regroupement avec leurs familles; un 87% des espagnols interrogés accepte que les immigrants soient bénéficiés de l'allocation du chômage; un 68% accepte qu'on facilite les immigrants l'accès à la nationalité espagnole; un 65% accepterait que son petit garçon/petite fille pourrait se marier avec un/e immigrant/e; un 60% accepte la présence des mineurs immigrants dans les écoles et un 82% accepterait travailler ou étudier en centres avec présence d'immigrants. Enfin, l'acceptation de partis politiques d'idéologie raciste atteint le 18,8%, tandis que la non acceptation de ceux-ci augmente jusqu'à le 66,9% par rapport à des années précédentes.

Aux questions sur si les espagnols doivent avoir priorité sur les immigrants dans l'accès à: l'assistance sanitaire, aux centres scolaires et au marché du travail, en 2014 on réduit le pourcentage des personnes interrogées qui se manifeste en faveur de donner priorité aux espagnols. Les personnes interrogées sont de l'avis que *"les espagnols devraient avoir priorité au moment de choisir l'école de leurs enfants"* le 49% des personnes interrogées en 2014 (53% en 2012) qui est la valeur la plus faible de toute la suite.

On réduit aussi l'opinion de que les espagnols doivent avoir priorité dans *"l'accès à un poste de travail"*, (62% en 2014, 66% en 2011 et 2010). En ce qui concerne que les espagnols aient priorité *"au moment d'accéder à l'assistance sanitaire"*, un 43% des personnes interrogées est d'accord en 2014 (47% en 2012 et 2010), bien que la valeur la plus faible est obtenue en 2007 (41), avant le commencement de la crise économique.

- **Appui à travers de subventions à la réalisation de projets** développés en domaines locaux ou régionaux adressés à la sensibilisation et promotion de l'égalité de traitement et non discrimination dans le domaine du travail

Ces projets sont à effectuer annuellement avec l'appui du Fonds Social Européen et concernent les suivants aspects :

1. Sensibilisation adressée à employeurs/employeuses dans le but de surmonter les préjudices et réticences pour l'engagement d'immigrants nationaux de tiers pays.
2. Sensibilisation adressée à prévenir la discrimination dans l'accès et la permanence dans l'emploi et à promouvoir l'égalité de traitement au travail entre la population immigrante et autochtone, notamment des travailleuses immigrantes nationales de tiers pays.
3. Sensibilisation adressée aux entreprises, dans le but de promouvoir la gestion.

4. Sensibilisation dans la lutte contre le racisme et la xénophobie dans le domaine du travail.
5. Amélioration de la connaissance de la situation professionnelle de la population immigrante visant à l'élaboration et diffusion des données, études et publications sectorielles.

En résumé, on a exécuté une moyenne de 8 projets annuels dans la période 2010-2013, avec un financement moyen annuel d'environ 732.000 euros; les projets ont été effectués tant pour organisations syndicales et agraires, par exemple UGT ET COAG, que pour d'autres organisations sociales, entre elles, la Croix-Rouge Espagnole, Réseau ACOGE, CEPAIM, CEAR ou Fédération de Femmes Progressistes.

Des projets similaires sont en train d'être effectués aussi dans cette période par organisations spécialisées dans l'assistance à demandeurs d'asile et bénéficiaires de protection internationale comme sont CRE, ACCEM, CEAR et La MERCED. En particulier, on est à stimuler d'initiatives de sensibilisation concrètes qui favorisent la sensibilisation sociale et renforcent la diffusion du Réseau Ariadna comme une référence en ce qui concerne l'insertion socio-professionnelle et encouragent la collaboration et la relation avec les entreprises à l'échelon local tout en travaillant conjointement les différents membres qui développent le programme en chacun des territoires.

L'un des segments de la population prioritaires en matière de sensibilisation pour le Réseau Ariadna sont les employeurs.

Le Comité demande information concernant la surveillance d'actes de discrimination et de racisme (Page 4)

Le premier objectif de l'axe de Sensibilisation de la Stratégie Intégrale est celui de **mettre en oeuvre des mesures de sensibilisation adressées à la société en général, aux institutions publiques, aux médias, aux services policières et de sécurité des citoyens, destinées à prévenir et combattre les préjugés et attitudes d'intolérance, de conduites sociales discriminatoires, et de haine, violence raciale et xénophobe, tout en favorisant la connaissance mutuelle et l'interculturalité.**

L'une des mesures prévues dans cet objectif est de *recommander les partis politiques d'éviter l'utilisation d'un langage péjoratif, raciste ou discriminatoire dans le discours public, puisque cela contribue à perpétuer les stéréotypes négatifs, les préjugés et les attitudes de refus*.

Le Conseil pour la Suppression de la Discrimination Raciale ou Ethnique a adopté le 7 mai 2015, a effectué et a publié une **Recommandation pour "Éviter l'utilisation de discours discriminatoires, racistes ou xénophobes dans les campagnes électorales"**, où a participé l'Observatoire Espagnol du racisme et la xénophobie, comme membre du groupe de travail de ce Conseil. Cette recommandation a été publiée tout en coïncidant avec l'ouverture du processus électoral pour les conseils municipaux et quelques Communautés Autonomes prévu pour cette année.

Information concernant la collecte de données en matière de discrimination et de délits de haine

Dans le cadre du processus de construction d'une "**Carte sur la discrimination en Espagne**", dont l'objectif fondamental est d'améliorer la connaissance du complexe phénomène de la discrimination à partir des perceptions manifestées pour la population et des principales données empiriques disponibles, on a effectué les pas suivants:

- On a élaboré une "**Étude diagnostique fondée sur des sources secondaires** sur la discrimination en Espagne" qui analyse les résultats des principales études existantes, détecte lacunes de recherche et connaissance dans la matière, et comprend des recommandations pour orienter les futures études³⁹.
- On a effectué une **enquête, en collaboration avec le Centre de Recherches Sociologiques**, pour connaître et quantifier la **perception que la population résidant en Espagne a de la discrimination**, et on a effectué postérieurement une **étude d'exploitation** de cette enquête. L'étude expose les valeurs, les représentations et attitudes de la population espagnole devant l'égalité et la diversité pour passer ensuite à étudier l'incidence ou répercussion des différents types et motifs de la discrimination, les domaines où a lieu et analyser, enfin, l'action publique face à la discrimination (degré de connaissance des droits pour part des citoyens, connaissance des institutions auxquelles elles peuvent recourir et évaluation des politiques publiques de lutte contre la discrimination)⁴⁰.
- On a constitué un **groupe interministériel** pour avancer dans le recueil systématique des données empiriques et officielles sur plaintes, infractions, sanctions, fautes et délits avec une teneur discriminatoire, où ont participé des représentants du Ministère de la Santé, Services Sociaux et Égalité, Ministère de l'Intérieur, Ministère de la Justice et Ministère de l'Emploi et de la Sécurité Sociale. Comme résultat du travail conjoint du Ministère de l'Intérieur et de ce département, le premier a été en élaborant depuis 2012 un **Rapport sur délits de haine et discrimination** à travers la connaissance de faits enregistrés par la Garde Civile, le Corps National de la Police, Mossos d'Esquadra, Police Foral de Navarre et Polices Locales qui facilitent des données au Système Statistique de Criminalité SEC).

Information concernant les actes de formation dans l'identification d'incidents racistes et xénophobes pour part des forces et corps de sécurité de l'État et aux initiatives pour favoriser la dénociation de ceux-ci

L'Institut de la Femme et pour l'Égalité des Chances a participé à donner les suivantes **journées de formation** corps et forces de sécurité de l'État :

³⁹ Accesible à:

http://www.msssi.gob.es/ssi/igualdadOportunidades/noDiscriminacion/documentos/estudio_comp_Discrim_espana.pdf

⁴⁰ Accesible à:

http://www.msssi.gob.es/ssi/igualdadOportunidades/noDiscriminacion/documentos/Perfiles_discriminacio.pdf

- Journée sur Société Diverse et Police Proactive, Centre Intégral de Formation de Sécurité et Urgences du Conseil Municipal de Madrid (2 éditions en 2012)
- Journée Délits de Haine et Discrimination, Police Nationale (2014 et 2015)

D'autre part, l'Institut, dans un projet cofinancé par l'Union Européenne sous l'initiative PROGRESS, a publié en septembre 2015 un **Guide pratique: Comment agir devant les cas de discrimination et délits de haine et intolérance**. Son objectif est celui de faciliter une information de base permettant les personnes qui aient été objet d'un traitement discriminatoire ou de délits de haine de connaître en termes simples quels mécanismes de réponse prévoit l'ordre juridique et quelles démarches et procédures peuvent entamer pour contester cette discrimination. Cette publication est structurée en deux volumes, tous les deux publiés en anglais et espagnol: l'un adressé à l'ensemble des citoyens, victimes éventuelles de cette sorte d'incidents et l'autre, plus technique, orienté vers les professionnels chargés de donner réponse aux plaintes et réclamations des citoyens⁴¹.

PARAGRAPHE 3 – COLLABORATION ENTRE LES SERVICES SOCIAUX DES PAYS D'EMIGRATION ET D'IMMIGRATION

Conformément à la distribution de compétences prévue dans la Constitution espagnole, les Communautés autonomes ont la **compétence exclusive en matière d'assistance sociale (art. 148.1.20)**. Cette compétence, assumée par toutes les Communautés, n'a pas été remise en question lors des dernières réformes des statuts d'autonomie. Dans l'exercice de ladite compétence, les Communautés autonomes ont adopté leurs propres lois dans le domaine des services sociaux. En outre, conformément à leurs statuts d'autonomie, plusieurs Communautés autonomes ont mis en place, au cours des dernières années, des systèmes de services sociaux et se sont dotées de catalogues et de portefeuilles de services sociaux.

Nous présentons ci-dessous les actions portées à la connaissance de la direction générale des services à la famille et à l'enfance que les Communautés autonomes de **Madrid** et de **Castille-La Manche** ont mis en œuvre dans le domaine visé à l'article précité.

1 – COMMUNAUTÉ AUTONOME DE MADRID

Pendant la période de référence (1^{er} janvier 2010 – 31 décembre 2013), la Direction générale de l'immigration de la Communauté de Madrid, rattachée dans un premier temps au Département de l'emploi, des droits des femmes et de l'immigration (2009-2011), puis au Département des affaires sociales (2011-2015), a exercé la compétence en matière d'élaboration de propositions et de réalisation d'actions visant l'accueil et l'intégration de la population immigrée dans la région de Madrid.

⁴¹ Accesible au suivant lien:

http://www.msssi.gob.es/ssi/igualdadOportunidades/noDiscriminacion/documentos/2015_1344_Guia_Instituto_Mujer_ACCESIBLE.pdf

La Communauté de Madrid s'est dotée de structures spécifiquement conçues pour accueillir les immigrés et leurs familles : les centres pour la participation des immigrés (CEPI) sont des espaces de rencontre et d'échange conçus pour favoriser la pleine intégration des immigrés dans la société madrilène.

Les CEPI fournissent conseil juridique et assistance psychosociale aux étrangers et à leurs familles et mènent des actions de formation et d'aide à la recherche active d'emploi.

Les CEPI ont également pour mission de divulguer la culture des populations étrangères les plus nombreuses à Madrid et d'entretenir avec elles une relation spéciale : centre hispano-africain, centre hispano-américain, centre hispano-bolivien, centre hispano-bulgare, centre hispano-centraméricain, centre hispano-équatorien, centre hispano-colombien, centre hispano-paraguayen, centre hispano-péruvien, centre hispano-roumain et centre hispano-ukrainien.

En vue d'une meilleure prise en charge des immigrés et de leurs familles, les CEPI mènent leurs interventions en collaboration avec les autorités diplomatiques et les services de l'éducation, du travail et de l'assistance aux femmes et aux enfants des pays d'origine des populations étrangères les plus nombreuses dans la Communauté autonome de Madrid.

Cette collaboration a évolué au fil du temps en fonction de la conjoncture sociale et politique des pays d'origine et des variations de l'assistance que les gouvernements de ces pays offrent à leurs ressortissants à l'étranger.

En matière de bonnes pratiques dans la collaboration entre les services sociaux espagnols et ceux des pays d'origine et de destination des migrants, il convient de mentionner les exemples ci-dessous :

a) collaboration entre le centre hispano-paraguayen, le secrétariat paraguayen aux immigrés retournés et le consulat général du Paraguay à Madrid : élaboration d'un rapport social et suivi de la situation des ressortissants paraguayens résidant à Madrid ayant décidé de retourner dans leur pays d'origine, afin de préparer le retour et de favoriser la réintégration dans leur pays d'origine ;

b) collaboration entre le centre hispano-bolivien et AMIBE (association de migrants Bolivie-Espagne) : l'objectif est la prise en charge et le suivi psychosocial des familles transnationales, en particulier, des femmes résidant et travaillant dans la Communauté de Madrid et dont les enfants résident dans les villes boliviennes de Cochabamba, de La Paz et de Santa Cruz, afin d'atténuer l'impact de la séparation des familles et de les préparer au regroupement familial.

2- COMMUNAUTÉ AUTONOME DE CASTILLE-LA MANCHE

On ne peut pas affirmer qu'il y ait eu ou qu'il y ait une collaboration directe entre le gouvernement de cette Communauté autonome et les gouvernements et les administrations des pays d'origine des immigrés.

La loi 3/2003 du 13 février 2003 sur la coopération internationale au développement établit, dans son exposition des motifs, que « la loi adopte une nouvelle approche de la

coopération internationale au développement fondée sur le principe de la participation et de l'interdépendance des peuples. Pour ce motif, la présente loi reflète une préoccupation commune face aux flux de plus en plus importants de migrants venant des pays les plus défavorisés et face aux conséquences évidentes des processus de développement exclusifs ». Le Plan stratégique de coopération à l'horizon 2011 a ainsi désigné le co-développement en tant que secteur d'action prioritaire, car la région Castille-La Manche considère que le phénomène migratoire est un facteur qui doit toujours être pris en compte dans les activités de coopération au développement.

Les ACTIONS PRIORITAIRES dans le domaine du CO-DÉVELOPPEMENT sont les suivantes :

1. soutien à des initiatives visant à encourager les immigrés résidant en Castille-La Manche à participer à des processus de développement de leurs pays d'origine ;
2. promotion de la participation d'immigrés résidant en Castille-La Manche à des tâches d'identification, de mise en œuvre et d'évaluation de projets dans leurs pays d'origine ;
3. soutien et renforcement des initiatives issues d'associations d'immigrés ayant pour but des actions de développement dans les pays d'origine ;
4. soutien à la réalisation d'études et de recherches sur les migrations et sur le rôle de la coopération dans les pays d'origine ;
5. promotion de la mise en place d'espaces de rencontre, de réflexion et de partage d'expériences entre l'administration de la Communauté autonome, les collectivités locales et les organisations non gouvernementales dans les domaines de la coopération au développement et des migrations ;
6. promotion du vivre-ensemble et de la sensibilisation des citoyens sur les problèmes que rencontrent les pays en développement, par le biais de l'intervention d'immigrés en tant qu'agents de sensibilisation et d'éducation à la coopération au développement ;
7. soutien à des actions d'information, d'orientation et de conseil sur le phénomène migratoire dans les pays d'origine.

Aux fins de la réalisation d'actions de coopération, le plan établit des priorités géographiques qui correspondent aux pays d'origine des communautés d'immigrés les plus nombreuses en Castille-La Manche.

Sur la base, entre autres, du critère ci-dessus, des actions prioritaires ont été définies pour les pays suivants, qui sont, comme on peut le constater, des pays d'origine de nombreux immigrés présents dans notre pays et en particulier dans la région de Castille-La Manche :

- Amérique du Sud : Bolivie, Colombie, Équateur et Pérou ;
- Amérique centrale et Caraïbes : Cuba, El Salvador, Guatemala, Haïti, Honduras, Nicaragua et République dominicaine ;
- Afrique du Nord et Moyen-Orient : Maroc, Mauritanie, population sahraouie et territoires palestiniens ;
- Afrique subsaharienne : Angola, Burkina Faso, Guinée équatoriale, Mali, Mozambique, République démocratique du Congo et Sénégal ;
- Asie : Inde.

Depuis plusieurs années, de nombreux projets dans le domaine de la coopération au développement et des interventions humanitaires et urgentes ont bénéficié de financements accordés par l'administration au titre d'appels à projets dans le cadre de

programmes et de projets de coopération au développement. Lesdits projets ont été mis en œuvre dans des pays d'Afrique du Nord et d'Amérique latine par l'intermédiaire d'ONG de développement et non pas directement par l'administration régionale. Les coupes budgétaires opérées à partir de 2012 ont entraîné une réduction de 99% des montants réservés à la coopération au développement, de telle sorte que la politique de coopération internationale au développement de la région Castille-La Manche a été réduite à néant. Seul un montant très réduit, purement symbolique, a été préservé pour son affectation à l'aide d'urgence.

Avec l'arrivée au pouvoir en 2015 d'un nouveau gouvernement, le Département du bien-être social a procédé à la reconceptualisation et à la conception de nouvelles lignes stratégiques. En 2016, les postes budgétaires se sont vus dotés de nouveaux fonds qui devront permettre de récupérer la politique de coopération de la région. Ce processus actuellement en cours doit aboutir à la mise en place de nouveaux instruments de coopération qui devront tenir compte, comme il se doit, des pays d'origine des immigrés résidant dans la région.

PARAGRAPHE 6 – REGROUPEMENT FAMILIAL

En ce qui concerne les conditions du regroupement familial recueillies dans le paragraphe 6 de la Charte Sociale Européenne, dans les cas où les enfants sont plus âgés de 18 ans (majeurs en Espagne) et mineurs de 21 ans (mineurs en quelques pays), on demande si ces enfants ont accès **au système de la Santé Publique**.

En ce qui touche les compétences de la **sécurité sociale**, le Décret-loi Royal 16/2012, du 20 avril, de mesures urgentes pour garantir la durabilité du Système National de la Santé (SNS) et améliorer la qualité et la sécurité de ses prestations, est actuellement la norme de référence en ce qui concerne l'assistance sanitaire en Espagne, avec le Décret Royal 1192/2012, du 3 août, en vertu duquel l'on règle la condition d'assuré et de bénéficiaire aux effets de l'assistance sanitaire en Espagne, imputée aux fonds publics, à travers le Système National de la Santé.

Ces normes, n'excluent pas en aucun cas aux étrangers communautaires ni aux personnes résidentes légales en Espagne.

Les citoyens acquièrent la condition d'assurés pour leur lien à la Sécurité Sociale (travailleurs, pensionnés, percepteurs de prestations périodiques ou en comprenant les prestations de chômage, ainsi que les bénéficiaires de ceux-ci). À part de ces cas, en ayant résidence légale en Espagne, le droit est octroyé à ces personnes qui ne dépassent une limite de revenus estimée à 100.000 euros annuels.

Pour sa part, aux personnes qui ne se trouvent légalement en Espagne, le Décret-loi Royal leur garantit le droit à être assistés aux termes suivants :
“Assistance sanitaire en situations spéciales.

Les ressortissants étrangers non enregistrés ou inscrits ni autorisés comme résidents en Espagne, recevront assistance sanitaire dans les suivantes modalités :

a) *D'urgence pour maladie grave ou accident, quelle que soit la cause, jusqu'à la situation de la déclaration par le médecin traitant de l'aptitude de l'employé au travail.*

b) *D'assistance à la grossesse, accouchement et post-partum.*

En tout cas, les étrangers mineurs de 18 ans recevront assistance sanitaire dans les mêmes conditions que les ressortissants espagnols.”

Les mineurs et les femmes enceintes (pendant la gestation, l'accouchement et le post-partum), quelle que soit leur condition administrative de résidence ou séjour, ont garanti les mêmes droits et avec la même étendue que le reste des ressortissants espagnols, tout en comprenant tout le portefeuille de services et aussi les prestations pharmaceutiques et les orthoprothétiques, entre d'autres.

Par ailleurs, en cas d'urgence pour maladie grave ou accident quelle que soit la cause, et quelle que soit la situation administrative de résidence ou de séjour, on garantit l'assistance sanitaire complète, jusqu'à la situation de déclaration par le médecin traitant de l'aptitude de l'employé au travail. Cela implique que l'assistance n'est pas limitée à l'assistance dans les services hospitaliers ou ambulatoires d'urgence, mais à toute l'assistance de laquelle on a besoin jusqu'à le médecin traitant délivre la déclaration d'aptitude sanitaire.

Dans les trois cas mentionnés (mineurs femmes enceintes et assistance d'urgence), l'assistance ne découle pas de la condition d'assuré ou bénéficiaire, mais d'un présumé état de besoin et vulnérabilité où l'on omet tant la situation administrative que les revenus disponibles, tout en faisant primer la prestation d'assistance sanitaire sur ces questions.

Ce qui précède l'on entend sans préjudice que, de la même façon qu'il arrive, avec les ressortissants espagnols, ces personnes qui restent hors des très grands schémas d'assurance public (pour avoir des revenus supérieurs aux 100.000 euros annuels et non remplir les conditions pour avoir la condition d'assuré ou de bénéficiaire d'un assuré, ou pour ne pas se trouver dans quelque des situations spéciales mentionnées précédemment, entre lesquelles se trouvent aussi les victimes de traite d'êtres humains et les demandeurs de protection internationale), doivent supporter à leurs dépens les frais sanitaires entraînés, comme il arrive dans tous les pays de notre environnement.

En outre, pour ces personnes l'on a conçu un mécanisme volontaire d'assurance moyennant le paiement d'une prime. Ce mécanisme est la convention spéciale réglementée par le Décret Royal 576/2013, du 26 juillet, qui rend possible que ceux qui ont des ressources puissent aussi accéder à la santé publique tout en ayant la nécessaire contre-prestation économique.

Indépendamment de ce qui est indiqué dans les paragraphes précédents, il est important de noter qu'en Espagne, suite à l'échec de l'arrêt de l'Assemblée plénière de la Cour constitutionnelle 139/2016, du 21 Juillet 2016, rendu en appel d'inconstitutionnalité contre plusieurs articles de Royal le décret-loi 16/2012, du 20 Avril, la situation a changé :

Actuellement il n'est pas nécessaire d'avoir un certain niveau de revenus (moins de 100.000 euros par an) pour maintenir le statut d'assuré pour les besoins de soins de santé en tant que résident en Espagne quand les citoyens ne disposent pas de couverture obligatoire par d'autres moyens ou atteignent le profil de l'assuré ou le bénéficiaire d'un assuré par un autre concept.

Ce jugement a déclaré la clause nulle et inconstitutionnelle »à condition qu'ils prouvent qu'ils ne dépassent pas la limite du chiffre déterminé par règlement", à l'article 3.3 de la loi 16/2003 du 28 mai, dans le libellé qui lui est donné par l'article 1.1 le décret-loi royal 16/2012, du 20 Avril, étant donc dépourvue de pertinence, par conséquent, le niveau de revenu du demandeur de l'assurance. Pourtant, la limite de 100.000 euros fixé par l'article 2.1.b) du décret royal 1192/2012, du 4 Août ne doit pas être prise en compte

En ce qui concerne le second motif pour la non conformité sur qu'*on n'a pas établi que les prestations d'assistance sociale ne soient pas exclues du calcul des revenus du travailleur aux fins du regroupement familial*, et à part de tout ce qui a été manifesté déjà par l'Espagne, il faut ajouter qu'on ne partage pas le critère du CEDS, en entendant raisonnable différencier entre la reconnaissance du droit au regroupement familial pour première fois du postérieur maintien de celui-ci, puisque bien qu'on ne semble pas logique d'octroyer le droit au regroupement familial à une personne qui a besoin de l'assistance sociale pour maintenir à ses membres de famille regroupés, on ne semble pas logique non plus que, une fois acquis le droit, celui-ci ne peut pas être maintenu lorsqu'en ayant des moyens économiques, ceux-ci viennent, en tout ou en partie, de prestations d'assistance sociale.

Pour cela, le Règlement de la LOEX, adopté moyennant Décret royal 557/2011, du 20 avril, établit dans son article 54, consacré aux moyens économiques à justifier pour un étranger pour l'octroi d'une autorisation de résidence pour regroupement familial en faveur de ses membres de famille :

"1. L'étranger qui demande autorisation de résidence pour le regroupement familial de ses membres de famille devra joindre au moment de déposer la demande de cette autorisation la documentation justifiant qu'il a des moyens économiques suffisants pour satisfaire aux besoins de la famille, tout en comprenant l'assistance samitaire dans le cas de n'est pas être couverte par la Sécurité Sociale au montant qui, avec caractère de minimum et concernant le moment de demande de l'autorisation, est établi ci-après, en euros, ou son équivalent légal en monnaie étrangère, selon le nombre des personnes qui demande regrouper, et en prenant en considération en outre le nombre des membres de famille qui vivent déjà en commun avec lui en Espagne à son charge:

...

4. Ne seront pas calculables à ces effets les revenus provenant du système d'assistance sociale, mais si les revenus apportés par le conjoint ou couple de l'étranger qui regroupe, ainsi que pour autre membre de famille en ligne directe en premier degré, avec la condition de résidant en Espagne et qui vive en commun avec celui-ci".

Néanmoins, l'article 61 de ce Règlement, consacré aux conditions pour le renouvellement des autorisations de résidence en vertu de regroupement familial, dispose en son point 3, paragraphe b):

“2° Qu’il ait un emploi et/ou des ressources économiques suffisantes pour satisfaire aux besoins de la famille, tout en comprenant l’assistance sanitaire qui représente tous les mois le 100% du IPREM.

À ces effets seront calculables les revenus provenant du système d’assistance sociale et sera d’application ce qui est prévu dans l’article 54.3 de ce Règlement”.

PARAGRAPHE 10 – ÉGALITE DE TRAITEMENT POUR LES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS

Le Comité conclut que la situation en Espagne n’est pas conforme à l’article 19, paragraphe 10, de la Charte Sociale Européenne parce que les motifs de non conformité des paragraphes 1, 3 et 6 de l’article 19 s’appliquent, également, aux travailleurs migrants indépendants, par conséquent, on donne ici par reproduit ce qui a été manifesté ci-dessus en ce qui concerne les points 1, 3 et 6.

Par ailleurs, le Comité fait aussi des observations de non conformité en ce qui concerne le paragraphe 10 de cet article 19, concernant l’égalité de traitement pour les travailleurs émigrants indépendants, en ce sens que les motifs de non conformité à l’égard du paragraphe 6, qui on vient d’analyser, s’applique également aux travailleurs migrants indépendants.

En effet, la Loi Générale de la Sécurité Sociale (adoptée par le Décret-loi Royal 8/2015) dans son Titre IV^{ème} traite du Régime Spécial de la Sécurité Sociale des Travailleurs Indépendants, et en particulier l’article 314 concerne la portée de son action protectrice, moyennant un renvoi à l’article 42 de cette même loi, qui traite de l’action protectrice du système de la Sécurité Sociale.

En s’agissant d’un Régime Spécial les prestations sont reconnues en termes et conditions qui sont déterminés par leurs caractéristiques spécifiques.

Et le déjà mentionné article 42 de la Loi Générale de la Sécurité Sociale comprend entre l’action protectrice du système l’ “Assistance sanitaire dans les cas de maternité, de maladie commune ou professionnelle et d’accident, qu’il soit ou non de travail”. C’est-à-dire, que les observations faites en ce qui concerne le paragraphe 6 de l’article 19 de la Charte Sociale, sont également applicables à ce paragraphe, en ce sens que sont susceptibles d’extension aux travailleurs migrants indépendants.

ÉCLAIRCISSEMENTS DEMANDÉS

Article 8.1. Droit à la prestation pour maternité :

Éclaircissements demandés sur les seuils des prestations de maternité :

“13. Article 8.1 – prestations de maternité

En vertu de l’article 8.1 de la Charte, les États assureront que les femmes employées sont convenablement compensées pour la perte de revenus pendant la période de congé de maternité (qui ne pourra pas être inférieure à 14 semaines sous la Charte révisée et 12 semaines sous la Charte Sociale de 1961).

La modalité de compensation est dans le marge d'appréciation des États et peut être soit un congé rémunéré (maintien de la rémunération pour part de l'employeur), prestations de maternité de la sécurité sociale, toute prestation alternative imputée aux fonds publics soit une combinaison de ces compensations. Indépendamment de la modalité de paiement, le niveau sera approprié. Dans le cas de la continuité du paiement des salaires ou prestations concernant les revenus, ceux-ci seront égaux au salaire préalable ou proche de sa valeur, et ne pas être inférieur au 70% du salaire précédent.

Une limite maximale du montant de compensation pour personnes de hauts salaires n'est pas, en soi-même, contraire à l'article 8.1. Le taux minimum d'indemnité ne se situera pas au-dessous du seuil de la pauvreté, défini comme le 50% du revenu moyen équivalent, calculé sur la base de la valeur de seuil de risque de pauvreté d'Eurostat.

Le droit à la prestation peut être soumis à certaines conditions, telles qu'une période minimale de cotisation ou d'emploi. Néanmoins, ces conditions ne devront pas être excessives ; en particulier, les périodes ou délais de carence doivent permettre quelques interruptions dans les périodes d'emploi”.

Conformément à la réglementation espagnole en matière de Sécurité Sociale, la prestation économique pour maternité consiste à une allocation équivalente au 100% de l'assiette régulatrice. Cette assiette régulatrice est celle établie pour la prestation pour Incapacité Temporaire pour éventualités communes, c'est-à-dire, c'est le résultat de diviser le montant de l'assiette de cotisation du travailleur dans le mois précédent à celui de la date de commencement de l'éventualité pour 30, si le travailleur a un salaire mensuel.

Il n'y a pas dans la législation de la Sécurité Sociale aucune prévision de limites ou seuils maximums pour la prestation pour maternité. La seule limite est celle qui résulte, logiquement, de l'existence d'une base maximale de cotisation pour tous les groupes professionnels intégrés dans le Régime Général, et qui pour l'année 2016 s'élève à 3.642 euros par mois.

Cette limite est visée comme valable dans l'article mentionné du document XX-4 (2015) de conclusions, pour le cas de salaires élevés, circonstance qui pourrait avoir lieu dans le cas où le salaire dépasserait le montant de la Base Maximale.

En conclusion, la prestation pour maternité coïncide dans la pratique avec le 100% du salaire moyen du travailleur dans les derniers six mois, avec la limite maximale de 3.642 euros par mois dans l'année 2016).