



mars 2022

## **CHARTÉ SOCIALE EUROPÉENNE RÉVISÉE**

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2021

**AZERBAÏDJAN**

*Ce texte peut subir des retouches de forme.*

La fonction du Comité européen des Droits sociaux est de statuer sur la conformité des situations des Etats avec la Charte sociale européenne. Dans le cadre de la procédure de rapports nationaux, il adopte des conclusions et dans le cadre de la procédure de réclamations collectives, il adopte des décisions.

Des informations relatives à la Charte, les observations interprétatives et les questions générales formulées par le Comité figurent dans l'Introduction générale à l'ensemble des Conclusions.

Le présent chapitre concerne l'Azerbaïdjan, qui a ratifié la Charte sociale européenne révisée le 2 septembre 2004. L'échéance pour remettre le 14<sup>e</sup> rapport était fixée au 31 décembre 2020 et l'Azerbaïdjan l'a présenté le 26 août 2021.

Le Comité rappelle qu'il a été demandé à l'Azerbaïdjan de répondre aux questions ciblées posées au titre de diverses dispositions (questions figurant dans l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, dans laquelle le Comité demandait un rapport sur l'application des dispositions de la Charte). Le Comité s'est donc concentré sur ces aspects. Il a également examiné les réponses données à tous les constats de non-conformité ou décisions d'ajournement formulés dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2017).

En outre, le Comité rappelle qu'aucune question ciblée n'a été posée au titre de certaines dispositions. Si la conclusion précédente (Conclusions 2017) a conclu à la conformité de la situation, il n'y a pas eu d'examen de la situation en 2020.

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

- droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail (article 3) ;
- droit à la protection de la santé (article 11) ;
- droit à la sécurité sociale (article 12) ;
- droit à l'assistance sociale et médicale (article 13) ;
- droit au bénéfice des services sociaux (article 14) ;
- droit des personnes âgées à une protection sociale (article 23) ;
- droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale (article 30).

L'Azerbaïdjan a accepté toutes les dispositions de ce groupe, sauf les articles 3, 12, 13, 23 et 30.

La période de référence allait du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au 31 décembre 2019.

Les Conclusions relatives à l'Azerbaïdjan concernent cinq situations et sont les suivantes :

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

En ce qui concerne la situation régie par l'article 11§2, le Comité nécessite des informations supplémentaires pour être en mesure d'examiner la situation.

Le Comité considère que l'absence des informations demandées est incompatible avec l'obligation de l'Azerbaïdjan de présenter des rapports en vertu de la Charte révisée.

Le rapport suivant de l'Azerbaïdjan traitera des dispositions du groupe thématique III « Droits liés au travail » :

- droit à des conditions de travail équitables (article 2) ;
- droit à une rémunération équitable (article 4) ;
- droit syndical (article 5) ;
- droit de négociation collective (article 6) ;
- droit à l'information et à la consultation (article 21) ;
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travail et du milieu du travail (article 22) ;
- droit à la dignité au travail (article 26) ;

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

L'échéance pour soumettre ce rapport était fixée au 31 décembre 2021.

Les Conclusions et les rapports sont disponibles sur [www.coe.int/socialcharte](http://www.coe.int/socialcharte)

## **Article 11 - Droit à la protection de la santé**

### *Paragraphe 1 - Elimination des causes d'une santé déficiente*

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

Il rappelle qu'aux fins du présent examen, il a été demandé aux États de répondre aux questions ciblées posées au titre de l'article 11§1 de la Charte (questions figurant dans l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, dans laquelle le Comité demandait un rapport sur l'application des dispositions de la Charte relevant du groupe thématique « Santé, sécurité sociale et protection sociale »), ainsi qu'aux précédents constats de non-conformité et aux décisions d'ajournement, le cas échéant.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a jugé la situation de l'Azerbaïdjan non conforme à l'article 11§1 de la Charte aux motifs que :

- les mesures prises pour réduire la mortalité infantile et maternelle étaient insuffisantes ;
- les dépenses de santé publique étaient peu élevées (Conclusions 2017).

Par conséquent, l'appréciation du Comité ne portera que sur les informations fournies par le gouvernement en réponse au constat de non-conformité et aux questions ciblées.

Le Comité tient à souligner qu'il ne prendra note de la réponse à la question relative à la covid-19 qu'à titre d'information, dans la mesure où elle concerne des faits survenus hors période de référence (soit après le 31 décembre 2019). En d'autres termes, la réponse ne sera pas évaluée à des fins de conformité avec la Charte dans le cadre du présent cycle d'examen.

### ***Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible***

Dans sa conclusion précédente, le Comité a conclu que la situation n'était pas conforme à l'article 11§1 au motif que les mesures prises pour réduire les taux de mortalité infantile et maternelle étaient insuffisantes (Conclusions 2017).

Le rapport indique que le taux de mortalité infantile a considérablement chuté, passant de 16,4 décès d'enfants pour 1 000 naissances vivantes en 2000 à 11 décès d'enfants pour 1 000 naissances vivantes en 2019, puis à 9,8 décès d'enfants pour 1 000 naissances vivantes en 2020. Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2017), le Comité avait noté qu'en 2015, on comptait 11 décès d'enfants pour 1 000 naissances vivantes. D'après la base de données Eurostat, en 2019, la moyenne des 27 pays de l'Union européenne s'établissait à 3,4 enfants décédés pour 1 000 enfants nés vivants. Cette même source indique que les taux de mortalité infantile en Azerbaïdjan étaient de 10,4 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2016, 11,8 décès d'enfants pour 1 000 naissances vivantes en 2017, 11,1 décès d'enfants pour 1 000 naissances vivantes en 2018 et 11 décès d'enfants pour 1 000 naissances vivantes en 2019.

Concernant le taux de mortalité maternelle, le rapport indique qu'il a chuté, passant de 37,6 décès de femmes pour 100 000 naissances vivantes en 2000 à 14,9 pour 100 000 en 2019. Le Comité note que d'après les données de la Banque mondiale, les taux de mortalité maternelle étaient de 27 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015 et de 26 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2016 et 2017. Il note que la moyenne des pays de l'Union européenne s'établissait en 2017 à 6 femmes décédées pour 100 000 enfants nés vivants.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a pris note des réformes engagées et des mesures prises en vue de diminuer la mortalité maternelle et infantile. Il a demandé à être informé de la mise en œuvre de ces mesures et de leur impact sur la baisse des taux de mortalité maternelle et infantile. Il souhaitait également recevoir des données à jour sur

l'évolution des taux de mortalité et sur tout développement dans ce domaine (Conclusions 2017).

Le rapport dresse une liste des programmes mis en œuvre par l'État, tels que le Programme national pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile (2014-2020), qui a déjà été présenté dans le précédent rapport, le Plan d'action pour la réduction de la mortalité infantile en République d'Azerbaïdjan (2018-2019), le Plan d'action national pour la prévention et le traitement précoces des handicaps chez l'enfant (2018-2020) et le Plan d'action pour la prévention de la sélection prénatale en fonction du sexe (2020-2025).

Le Comité prend note des programmes mentionnés ci-dessus qui ont été lancés et menés au cours de la période de référence. Il demande à être informé de la mise en œuvre des mesures prises et de leur impact sur la baisse des taux de mortalité maternelle et infantile. Il souhaite également recevoir des données à jour sur l'évolution des taux de mortalité et sur tout développement dans ce domaine. Toutefois, il constate que la situation ne s'est pas significativement améliorée depuis la période de référence précédente. Au vu des taux élevés de mortalité infantile et maternelle, et de l'espérance de vie qui reste basse, le Comité renouvelle son constat de non-conformité sur ce point.

Dans le cadre du présent cycle d'examen, le Comité a demandé, sous forme de question ciblée, que les autorités fournissent dans leur rapport des données statistiques globales et ventilées sur l'espérance de vie dans tout le pays et entre les différents groupes de population (population urbaine ; population rurale ; différents groupes ethniques et minorités ; personnes sans domicile fixe ou chômeurs de longue durée, etc.) en identifiant les situations anormales (par exemple, des zones particulières sur le territoire, des professions ou des emplois spécifiques, la proximité de mines ou de sites hautement contaminés ou de zones industrielles actives ou à l'arrêt, etc.) et sur la prévalence de certaines maladies (comme le cancer) parmi les groupes concernés ou de maladies infectieuses transmissibles par le sang (par exemple, les nouveaux cas de VIH ou d'hépatite C parmi les personnes atteintes de troubles liés à la consommation de substances ou les détenus, etc.).

Le rapport indique que l'espérance de vie était de 70,1 ans pour les hommes et de 76,5 ans pour les femmes. Le Comité relève que, d'après les données de la Banque mondiale, l'espérance de vie à la naissance (moyenne pour les deux sexes) était de 73 ans en 2019. Il note que bien qu'elle ait légèrement augmenté par rapport à la période de référence précédente (72,3 ans en 2015), elle reste peu élevée en comparaison avec les autres pays européens. Ainsi, d'après les estimations publiées par Eurostat, l'espérance de vie à la naissance était de 81,3 ans en 2019 pour les 27 pays de l'Union européenne.

Le Comité a demandé que le rapport fournisse des données statistiques globales et ventilées sur l'espérance de vie dans tout le pays et entre les différents groupes de population (population urbaine, population rurale, différents groupes ethniques et minorités, personnes sans domicile fixe ou chômeurs de longue durée, etc.) en identifiant les situations anormales (par exemple, des zones particulières sur le territoire, des professions ou des emplois spécifiques, la proximité de mines ou de sites hautement contaminés ou de zones industrielles actives ou à l'arrêt, etc.), mais le rapport ne fournit aucune information à ce sujet. Le Comité réitère donc sa question.

Quant à la prévalence de certaines maladies, le rapport précise que le nombre de patients atteints d'un cancer a augmenté, passant de 34 681 en 2013 à 54 403 en 2020. Le rapport fournit également des données détaillées sur le nombre de nouveaux cas de cancer en 2013 et 2020, lesquelles indiquent une augmentation des cas pour tous les types de cancer. Par exemple, le nombre total de nouveaux cas de cancer dans le pays était de 9 064 en 2013 et il s'élevait à 11 595 en 2020. Le Comité prend acte de cette tendance à la hausse et demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les mesures prises en ce qui concerne la prévention, la détection précoce et le traitement du cancer.

Le rapport fournit des données statistiques sur les cas d'infection par le VIH et l'hépatite C. Il indique que le taux annuel d'infection par le VIH est de 0,09 % pour les hommes et de 0,05 % pour les femmes. Le nombre de personnes infectées par l'hépatite C est en moyenne de 320 par an.

### **Accès aux soins de santé**

Dans sa conclusion précédente, le Comité a jugé la situation de l'Azerbaïdjan non conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif que les dépenses de santé publique étaient trop peu élevées (Conclusions 2017).

Le rapport présente le montant du budget public alloué à la santé pour la période 2018-2020. Le Comité constate que, d'après les données de la Banque mondiale, les dépenses de santé par rapport au PIB en Azerbaïdjan représentaient 4,10 % en 2015, 4,037 % en 2016, 3,73 % en 2017 et 3,5 % en 2018. Il relève également qu'en moyenne, les dépenses de santé des pays de l'OCDE représentaient 8,7 % du PIB en 2015, 8,8 % du PIB en 2018 et 9 % du PIB en 2019. Il remarque en outre que selon Eurostat, en 2019, dans les 27 pays de l'Union européenne, les dépenses totales des gouvernements en matière de santé s'élevaient à 983 milliards d'euros ou 7 % du PIB. Bien que les données fournies dans le rapport indiquent une augmentation du montant des dépenses consacrées à la santé au cours de la période 2018-2020 en Azerbaïdjan, le Comité constate que ces dépenses en pourcentage du PIB ont diminué depuis la dernière période de référence, et qu'elles restent nettement inférieures à celles des autres pays européens. Il réitère par conséquent sa conclusion de non-conformité sur ce point. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des données actualisées sur la part des dépenses de santé publique dans le PIB.

Le Comité rappelle que le droit à l'accès aux soins de santé implique que les modes d'accès aux soins n'entraînent pas des retards indus dans la délivrance des soins (Conclusions XX-2 (2013), Pologne). En ce qui concerne les temps d'attente, le Comité a demandé à plusieurs reprises des informations sur les modalités de gestion des listes d'attente, ainsi que des données statistiques sur les délais d'attente moyens pour obtenir des soins médicaux (Conclusions 2009, 2013 et 2017). Dans sa conclusion précédente, le Comité a souligné que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettrait d'établir que la situation est conforme à la Charte sur ce point (Conclusions 2017). Ces informations ne figurant pas dans le rapport, le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à la Charte au motif qu'il n'a pas été établi que l'administration de soins de santé n'est pas soumise à de longs délais d'attente.

Dans le cadre du présent cycle d'examen, le Comité a demandé sous forme de question ciblée des informations sur les services de soins de santé sexuelle et reproductive pour les femmes et les filles (y compris l'accès aux services d'avortement), ainsi que des informations statistiques sur les maternités précoces (jeunes filles mineures).

Le rapport indique que l'Azerbaïdjan a été l'un des premiers pays à adopter une stratégie en matière de santé reproductive. Le 30 janvier 2008, le ministère de la Santé de la République d'Azerbaïdjan a adopté la Stratégie nationale pour la santé reproductive (2008-2015). Le rapport fait également mention de programmes mis en œuvre par l'État, tels que le Programme national pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile (2014-2020).

Le Comité relève que, d'après le document thématique de la Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe intitulé « Santé et droits sexuels et reproductifs des femmes en Europe » (2017), dans certains pays européens, comme l'Azerbaïdjan, les taux de femmes utilisant des contraceptifs modernes sont parmi les plus bas au monde.

Le Comité demande des informations sur les mesures concrètes prises pour assurer la disponibilité des services de santé sexuelle et reproductive, notamment dans les zones rurales, et de la contraception moderne. Il demande également des informations sur la part

du coût des contraceptifs qui n'est pas couverte par l'État (lorsque cette dépense n'est pas totalement remboursée par ce dernier).

Le rapport ne contient aucune information sur l'accès à l'avortement. Le Comité demande des informations sur le coût d'un avortement et s'il est en partie ou intégralement remboursé par l'État. Il demande également s'il existe des services d'avortement dans les structures médicales réparties dans tout l'Azerbaïdjan, notamment dans les zones rurales.

En ce qui concerne les maternités précoces, le rapport indique que 2 421 bébés sont nés en 2017 de femmes âgées entre 15 et 17 ans (2 129 en 2018 et 2 320 en 2019). Notant que le nombre de ces grossesses est resté élevé au cours de la période de référence, le Comité demande des informations sur les actions mises en œuvre pour contrer ce phénomène. Il demande également des informations sur les mesures prises pour veiller à ce que les filles aient bien accès au planning familial et à la contraception.

Le Comité renvoie à la question générale qu'il a posée dans l'Introduction générale au sujet du droit à la protection de la santé des personnes transgenres. Il rappelle que le respect de l'intégrité physique et psychologique fait partie intégrante du droit à la protection de la santé garanti par l'article 11. Ce dernier impose un éventail d'obligations positives et négatives, notamment l'obligation pour l'État de non-ingérence directe ou indirecte dans l'exercice du droit à la santé. Toute forme de traitement médical qui n'est pas nécessaire peut être considérée comme contraire à l'article 11, si l'accès à un autre droit est subordonné à son acceptation (*Transgender Europe et ILGA-Europe c. République tchèque*, réclamation n° 117/2015, décision sur le bien-fondé du 15 mai 2018, paragraphes 74, 79 et 80).

Le Comité rappelle que la reconnaissance par l'État de l'identité de genre d'une personne est en soi un droit reconnu par le droit international relatif aux droits de l'homme, et notamment par la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, et qui revêt de l'importance pour garantir le plein exercice de tous les droits humains. Il rappelle également qu'aucun traitement médical mis en œuvre sans le consentement éclairé de l'intéressé (sauf exceptions strictes) ne saurait être compatible avec l'intégrité physique ou le droit à la protection de la santé. La garantie d'un consentement éclairé est essentielle à l'exercice du droit à la santé ; elle fait partie intégrante de l'autonomie et de la dignité humaine, ainsi que de l'obligation de protéger le droit à la santé (*Transgender Europe et ILGA-Europe c. République tchèque*, op. cit., paragraphes 78 et 82).

Le Comité invite les États à fournir des informations sur l'accès des personnes transgenres à un traitement de réassignation de genre (tant en ce qui concerne la disponibilité que l'accessibilité). Il demande si la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres exige (en droit ou en pratique) qu'elles subissent une stérilisation ou tout autre traitement médical qui pourrait nuire à leur santé ou à leur intégrité physique et psychologique. Le Comité invite également les États à fournir des informations sur les mesures prises pour que l'accès aux soins de santé en général, notamment à la santé sexuelle et reproductive, soit garanti sans discrimination fondée sur l'identité de genre.

Le Comité a demandé, sous forme de question ciblée, des informations sur les mesures permettant de garantir un consentement éclairé aux interventions médicales ou aux traitements médicaux (au regard de l'article 11§2). En réponse à la question ciblée, le rapport indique qu'en vertu de l'article 46 de la Constitution de la République d'Azerbaïdjan, aucune expérience médicale, scientifique ou autre ne peut être pratiquée sur une personne sans son consentement. L'article 24 de la loi relative à la santé publique confère à tout patient le droit de donner librement son consentement à une intervention médicale, oralement ou par écrit. L'article 26 de la même loi dispose que si une intervention médicale est jugée urgente car la vie du patient est en danger ou si le patient est incapable de prendre une décision en raison de son état, la question doit être tranchée par une « réunion de concertation ». Lorsque la concertation n'est pas possible, la décision concernant l'intervention médicale est prise en informant les responsables de l'établissement de soins ou directement par le médecin traitant (de garde). Lorsque des personnes juridiquement

incapables ou des mineurs nécessitent une intervention médicale, leurs parents ou représentants légaux doivent dûment donner leur consentement.

### **Covid-19**

Dans le contexte de la crise de la covid-19, le Comité a demandé aux États parties d'évaluer l'adéquation des mesures prises pour limiter la propagation du virus dans la population et pour soigner les malades (au regard de l'article 11§3).

Aux fins de l'article 11§1, le Comité prend note des informations relatives aux mesures prises pour soigner les malades (nombre suffisant de lits d'hôpital, y compris d'unités et d'équipements de soins intensifs et déploiement rapide d'un nombre suffisant du personnel médical).

En ce qui concerne la prise en charge des personnes malades, le rapport indique que des mesures ont été prises pour renforcer la capacité du système sanitaire à traiter les patients atteints de la covid-19. Par exemple, le nombre d'établissements équipés du matériel médical nécessaire est passé de 3 à 46. Le rapport indique également que 9 nouveaux hôpitaux modulaires ont été construits afin de prendre en charge les patients de la covid-19 et qu'au total, plus de 10 000 lits ont été créés dans tout le pays. Le rapport précise également que 64 038 professionnels de santé impliqués dans la lutte contre le coronavirus ont reçu des allocations périodiques en fonction de leurs heures de travail.

Le Comité rappelle que pendant une pandémie, les États parties doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour soigner les personnes qui tombent malades, notamment en veillant à la disponibilité d'un nombre suffisant de lits d'hôpital, d'unités de soins intensifs et d'équipements. Toutes les mesures envisageables doivent être prises pour assurer le déploiement d'un nombre suffisant de professionnels de santé (Observation interprétative sur le droit à la protection de la santé en temps de pandémie, 21 avril 2020).

Le Comité rappelle que l'accès aux soins de santé doit être garanti à tous sans discrimination. Cela implique que les soins de santé en cas de pandémie doivent être effectifs et abordables pour tous, et que les États doivent garantir que les groupes particulièrement exposés à de hauts risques, tels que les sans-abri, les pauvres, les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes vivant en institution, les personnes incarcérées et les personnes en situation irrégulière sont protégés de manière appropriée par les mesures sanitaires mises en place. De plus, les États doivent prendre des mesures spécifiques bien ciblées pour garantir l'exercice du droit à la protection de la santé des personnes dont le travail (formel ou informel) les expose à un risque particulier d'infection (Observation interprétative sur le droit à la protection de la santé en temps de pandémie, 21 avril 2020).

Pendant une pandémie, les États doivent prendre dans les plus brefs délais toutes les mesures possibles, telles que mentionnées ci-dessus, en utilisant au mieux les ressources financières, techniques et humaines mobilisables, et par tous les moyens appropriés, tant nationaux qu'internationaux, y compris l'assistance et la coopération internationales (Observation interprétative sur le droit à la protection de la santé en temps de pandémie, 21 avril 2020).

### *Conclusion*

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

- les mesures prises pour réduire la mortalité infantile et maternelle sont insuffisantes ;
- les dépenses de santé publique sont trop faibles ;
- il n'est pas établi que l'administration de soins de santé ne soit pas soumise à de longs délais d'attente.

## **Article 11 - Droit à la protection de la santé**

### *Paragraphe 2 - Services de consultation et d'éducation sanitaires*

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

Le Comité note qu'aux fins du présent rapport, il a été demandé aux États de répondre aux questions ciblées posées au titre de cette disposition (questions figurant dans l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, dans laquelle le Comité a demandé un rapport sur l'application des dispositions de la Charte relevant du groupe thématique « Santé, sécurité sociale et protection sociale »), ainsi qu'aux précédents constats de non-conformité et aux décisions d'ajournement.

Le Comité a ajourné sa conclusion précédente (Conclusions 2017).

### ***Éducation et sensibilisation de la population***

Dans ses questions ciblées, le Comité a demandé des informations sur l'éducation en matière de santé (dont l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive) et sur les stratégies de prévention associées (notamment par le biais de l'autonomisation, utile pour remédier aux comportements d'automutilation, aux troubles de l'alimentation, à la consommation d'alcool et de drogues) au niveau de la population, tout au long de la vie ou en formation continue, et des écoles.

Le Comité prend note des informations détaillées fournies dans le rapport concernant les réglementations, mesures et activités entreprises (campagnes d'information, programmes de formation, services de conseil et d'éducation, etc.) dans le cadre de divers programmes visant à mettre en œuvre des activités de sensibilisation, en particulier auprès des enfants, des jeunes et des adolescents, mais aussi auprès de tous les segments de la population.

Dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé à savoir si et comment l'éducation sexuelle et reproductive était dispensée dans les écoles en Azerbaïdjan (Conclusions 2017).

Dans sa réponse, le rapport cite le Programme d'État pour la jeunesse de l'Azerbaïdjan sur la période 2017-2021, qui comprend la sensibilisation et l'amélioration du comportement des jeunes en matière de santé reproductive et de planification familiale. Le rapport indique que plus de 600 étudiants et membres du corps enseignant ont participé en 2018 à une série d'événements couvrant la santé reproductive à l'initiative du Comité d'État pour les affaires de la famille, des femmes et des enfants avec le soutien du ministère de la Santé et du ministère de l'Éducation dans les établissements d'enseignement professionnel secondaire de Bakou. Ces événements, auxquels ont participé des spécialistes des domaines concernés, visaient à promouvoir des modes de vie sains chez les jeunes et les adolescents et à leur enseigner la santé génésique et le planning familial. Le rapport explique également qu'environ 700 étudiants et membres du corps enseignant ont participé à certains événements similaires organisés en 2019.

Dans ses questions ciblées, le Comité a également demandé, des informations sur la sensibilisation et l'éducation en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre (OSIG) et de violence fondée sur le genre. Le rapport ne contient pas les informations demandées. Par conséquent, le Comité réitère sa demande. Il souligne que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de l'Azerbaïdjan soit conforme à l'article 11§2 de la Charte sur ce point.

### ***Consultations et dépistage des maladies***

Dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé des informations actualisées concernant les soins de santé spécialisés gratuits pendant la grossesse et l'accouchement, en particulier sur la fréquence des contrôles médicaux et la proportion de femmes couvertes

ainsi que sur l'efficacité de ces dépistages (Conclusions 2017). Le rapport ne contient pas les informations demandées. Par conséquent, le Comité réitère sa demande. Il souligne que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de l'Azerbaïdjan soit conforme à l'article 11§2 de la Charte sur ce point.

Dans sa précédente conclusion, le Comité a également demandé des informations sur la proportion d'élèves couverts par les examens médicaux dans l'ensemble du pays, notamment dans les zones rurales (Conclusions 2017). Le rapport ne contient pas les informations demandées. Par conséquent, le Comité réitère sa demande. Il souligne que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de l'Azerbaïdjan soit conforme à l'article 11§2 de la Charte sur ce point.

En outre, le Comité a précédemment demandé des informations sur les programmes de dépistage disponibles concernant les principales causes de décès autres que la tuberculose, le VIH et le cancer (Conclusions 2017). Le rapport ne contient pas les informations demandées. Par conséquent, le Comité réitère sa demande. Il souligne que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de l'Azerbaïdjan soit conforme à l'article 11§2 de la Charte sur ce point.

#### *Conclusion*

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

## **Article 11 - Droit à la protection de la santé**

### *Paragraphe 3 - Prévention des maladies et accidents*

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

Le Comité note qu'aux fins du présent rapport, il a été demandé aux États de répondre aux questions ciblées posées au titre de cette disposition (questions figurant dans l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, dans laquelle le Comité a demandé un rapport sur l'application des dispositions de la Charte relevant du groupe thématique « Santé, sécurité sociale et protection sociale »), ainsi qu'aux précédents constats de non-conformité et aux décisions d'ajournement.

Son évaluation se basera donc sur les informations fournies par le gouvernement en réponse aux questions ciblées, à savoir sur les services de santé en milieu carcéral, les services de santé mentale de proximité, la prévention de la toxicomanie et réduction des risques, l'environnement sain, les vaccinations et la surveillance épidémiologique, la covid-19, ainsi qu'aux précédents constats de non-conformité et aux décisions d'ajournement.

Le Comité précise qu'il ne prendra note de la réponse à la question relative à la covid-19 qu'à titre d'information, dans la mesure où elle concerne des faits survenus hors période de référence (soit après le 31 décembre 2019). En d'autres termes, les informations mentionnées dans la partie portant sur la covid-19 ci-après ne seront pas utilisées pour apprécier la conformité de la situation avec la Charte dans le cadre du présent cycle d'examen.

Dans sa précédente conclusion, le Comité a conclu que la situation en Azerbaïdjan n'était pas conforme à l'article 11§3 de la Charte aux motifs que la législation n'interdisait pas la vente et l'utilisation de l'amiante et qu'il n'avait pas été établi que les mesures nécessaires avaient été prises pour prévenir les accidents (Conclusions 2017).

### **Services de santé dans les lieux de détention**

Dans une question ciblée, le Comité a demandé un aperçu général des services de santé dans les lieux de détention, en particulier dans les prisons (sous quelle responsabilité opèrent-ils/à quel ministère sont-ils rattachés, effectifs du personnel et autres ressources, modalités pratiques, examen médical à l'arrivée, accès à des soins spécialisés, prévention des maladies transmissibles, offre de soins de santé mentale, état des soins dispensés dans les établissements de proximité, le cas échéant, etc.).

Le rapport indique que les détenus ont accès à des services thérapeutiques, préventifs, sanitaires et épidémiologiques au sein du système pénitentiaire, et qu'ils peuvent être orientés vers un traitement plus spécialisé, dispensé dans des structures de proximité. Il apporte des informations sur le recrutement de personnel médical pour les prisons et sur les dispositions prises pour examiner les nouveaux entrants.

Le Comité se réfère aux rapports sur l'Azerbaïdjan que le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) a publiés en 2016 et 2017 et qui mettaient l'accent sur la pénurie de personnel médical qualifié dans tous les établissements visités, qu'ils soient placés sous l'autorité du ministère de la Justice, du ministère de la Santé ou du ministère du Travail et de la Protection sociale.

Le Comité demande davantage de précisions sur les effectifs des services de santé dans différents types d'établissements où les gens sont privés de liberté, notamment ceux qui sont sous la tutelle du ministère de la Justice, du ministère de la Santé et du ministère du Travail et de la Protection sociale, ainsi que sur les mesures prises pour remédier aux pénuries d'effectifs.

### **Services de santé mentale de proximité**

Dans une question ciblée, le Comité a demandé à recevoir des informations concernant l'existence de services de soins de santé mentale de proximité et l'ampleur de ces services, ainsi que sur la transition vers les établissements fournissant ce type de services en remplacement des anciennes institutions de grande taille. Le Comité a également demandé qu'on lui fournisse des informations statistiques sur les actions menées sur le terrain pour évaluer la santé mentale des populations vulnérables ainsi que sur les mesures proactives adoptées pour veiller à ce que les personnes ayant besoin de soins de santé mentale ne soient pas négligées.

Le rapport donne peu d'informations sur le nombre de personnes souffrant de troubles de la santé mentale qui se trouvent en hôpital psychiatrique et en prison, ainsi que sur la gestion des comportements agressifs dans les hôpitaux psychiatriques.

Conformément au Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et à d'autres normes pertinentes, le Comité estime qu'une approche de la santé mentale respectueuse des droits humains exige au minimum de : a) développer une gouvernance de la santé mentale fondée sur les droits de l'homme, au moyen, notamment, d'une législation et de stratégies en matière de santé mentale qui soient conformes à la Convention relative aux droits des personnes handicapées et aux autres instruments applicables, et qui reposent sur de bonnes pratiques et des données factuelles ; b) fournir des services de santé mentale dans des structures de soins primaires de proximité, notamment en remplaçant les hôpitaux psychiatriques de long séjour par des structures de soins de proximité non spécialisées ; et c) mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention en matière de santé mentale, notamment des campagnes visant à réduire la stigmatisation, la discrimination et les violations des droits de l'homme.

Le Comité note que le rapport ne répond pas à la question ciblée qui concernait l'existence et l'étendue des services de soins de santé mentale de proximité et le remplacement des anciennes grandes institutions par ces services. Le Comité demandait par ailleurs des statistiques sur les mesures d'information relatives à l'évaluation de la santé mentale des populations vulnérables et sur les mesures proactives adoptées pour veiller à ce que les personnes nécessitant des soins de santé mentale ne soient pas délaissées. Le Comité réitère par conséquent sa question et considère que si les informations demandées ne figurent pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation en Azerbaïdjan est conforme à l'article 11§3 de la Charte.

S'agissant du recours à la contrainte dans les institutions psychiatriques fermées, le Comité demande un tour d'horizon des dispositions prises pour favoriser les mesures volontaires en matière de soins de santé mentale et d'accompagnement.

### ***Prévention de la toxicomanie et réduction des risques***

Dans une question ciblée, le Comité a demandé des informations sur les décès liés à la drogue et sur la transmission de maladies infectieuses entre usagers de substances psychoactives, notamment par injection, aussi bien dans les lieux de détention qu'en milieu ouvert. Le Comité a également demandé un aperçu de la politique nationale destinée à répondre à la consommation de substances et aux troubles associés (dissuasion, éducation et approches de réduction des risques fondées sur la santé publique, dont l'usage ou la possibilité d'obtenir des médicaments figurant sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS pour les traitements agonistes opioïdes) tout en veillant à ce que le cadre de « la disponibilité, de l'accessibilité, de l'acceptabilité et de la qualité suffisante » des soins (le cadre « DAAQ » de l'OMS) soit respecté et soit toujours soumis à l'exigence d'un consentement éclairé. Cela exclut, d'une part, le consentement par la contrainte (comme dans le cas de l'acceptation d'une désintoxication ou d'un autre traitement obligatoire au lieu de la privation de liberté comme sanction) et, d'autre part, le consentement basé sur des informations insuffisantes, inexactes ou trompeuses (c'est-à-dire, qui ne sont pas fondées sur l'état actuel des connaissances scientifiques).

Le rapport donne des informations sur le nombre de personnes admises dans les centres spécialisés de traitement de la toxicomanie (premier séjour et total) en 2018, 2019 et 2020, ventilées par âge et type de substance consommée, sur le nombre de condamnations et d'injonction de traitement en cas d'infraction liée à la drogue, et sur le nombre de décès liés à la drogue en prison. Le rapport fait en outre référence à une série de réglementations et de pratiques destinées à limiter la consommation de drogue.

Le Comité se réfère au rapport du CPT de 2016 sur l'Azerbaïdjan, dans lequel le CPT avait rappelé qu'il était depuis longtemps inquiet au sujet de la démarche suivie pour lutter contre la toxicomanie chez les détenus, laquelle est essentiellement axée sur la répression. Le CPT avait relevé qu'il était encore interdit d'avoir recours à la méthadone dans le système carcéral (alors que c'est autorisé à l'extérieur) et que des prisonniers qui avaient suivi une thérapie à la méthadone avant leur incarcération n'ont pas pu la poursuivre après être entrés en prison. Par ailleurs, il n'existe aucune mesure de réduction des risques (par ex. programmes de distribution de préservatifs et d'échange d'aiguilles et de seringues, fourniture de désinfectant et information sur la stérilisation des aiguilles), et l'aide psycho-socio-éducative est limitée.

Le Comité demande des informations sur d'éventuels plans visant à revoir les règles en vigueur sur la gestion des détenus consommateurs de drogues pour renoncer à la répression et s'orienter plutôt vers la dissuasion et l'éducation ainsi que vers des démarches de réduction des risques basées sur la santé publique.

### ***Environnement sain***

Dans une question ciblée, le Comité a demandé des informations sur les mesures prises pour prévenir l'exposition à la pollution de l'air, de l'eau et à d'autres formes de pollution de l'environnement, notamment le rejet de contaminants ou d'éléments toxiques par des sites industriels situés à proximité, qu'ils soient encore actifs ou à l'arrêt (mais non isolés ou décontaminés de façon appropriée), sous forme d'émissions, de fuites ou d'écoulements, dont les rejets ou les transferts lents vers l'environnement proche, ainsi que par des sites nucléaires et des mines. Le Comité a également demandé des informations sur les mesures prises pour traiter les problèmes de santé des populations touchées et pour informer le public, y compris les élèves et les étudiants, sur les problèmes environnementaux en général et au niveau local.

Dans ses conclusions précédentes, le Comité avait redemandé à être tenu informé de la mise en œuvre des mesures et réglementations adoptées pendant la période de référence, ainsi que de l'évolution, à la hausse ou à la baisse, des niveaux de pollution atmosphérique et des cas de pollution de l'eau potable et d'intoxication alimentaire pendant la période de référence (Conclusions 2017). Le Comité avait souligné qu'en l'absence d'informations à ce propos dans le rapport suivant, il ne serait pas possible d'établir si la situation était conforme à la Charte sur ce point.

Le Comité note qu'il n'a pas reçu les informations qu'il avait demandées sur les mesures prises pour prévenir l'exposition à la pollution de l'air, de l'eau et à d'autres formes de pollution de l'environnement, notamment le rejet de contaminants ou d'éléments toxiques par des sites industriels situés à proximité, qu'ils soient encore actifs ou à l'arrêt (mais non isolés ou non décontaminés de façon appropriée), sous forme d'émissions, de fuites ou d'écoulements toxiques, y compris de rejets ou transferts lents vers l'environnement proche, ainsi que par des sites nucléaires et des mines. Il visait également à connaître les mesures prises pour traiter les problèmes de santé des populations touchées et pour informer le public, et notamment les élèves et les étudiants, sur les problèmes généraux et environnementaux. Le Comité renouvelle donc sa demande d'informations. Pour l'heure, il conclut que la situation n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif qu'il n'a pas été établi que les mesures adéquates ont été prises pour vaincre la pollution de l'environnement

Dans ses conclusions précédentes, le Comité avait jugé que la situation n'était pas conforme à la Charte au motif que la législation n'interdisait pas la vente et l'utilisation de l'amiante (Conclusions 2009, 2013, 2017). Le Comité note qu'en 2021, selon une autre source, l'Azerbaïdjan n'avait pas interdit l'utilisation de l'amiante.

Le Comité note que les informations sollicitées ne figurent pas dans le présent rapport et il demande que les autorités les lui transmettent dans le prochain rapport. Pour l'heure, il réitère son constat de non-conformité à l'article 11§3 de la Charte au motif que la législation n'interdit pas la vente et l'usage de l'amiante.

### ***Vaccinations et surveillance épidémiologique***

Dans une question ciblée, le Comité a demandé aux États parties de décrire les mesures prises pour faire en sorte que la recherche sur les vaccins soit encouragée, financée de manière adéquate et coordonnée efficacement entre les acteurs publics et privés.

Le Comité note que les informations demandées ne sont pas fournies.

### ***Tabac***

Dans ses conclusions précédentes, le Comité avait demandé des informations actualisées sur les tendances en matière de consommation de tabac (adultes et jeunes) et sur les mesures prises pour prévenir et réduire celle-ci (Conclusions 2017). Le Comité avait alors réservé sa position sur ce point.

Le Comité note que les informations demandées ne sont pas fournies. Il réitère par conséquent sa question et considère que si les informations demandées ne figurent pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation en Azerbaïdjan est conforme à l'article 11§3 de la Charte.

### ***Accidents***

Dans ses précédentes conclusions, le Comité avait jugé que la situation n'était pas conforme à la Charte au motif qu'il n'avait pas été établi que les mesures nécessaires avaient été prises pour prévenir les accidents (Conclusions 2017).

Le Comité note que les informations sollicitées ne figurent pas dans le présent rapport et il demande que les autorités les lui transmettent dans le prochain rapport. Pour l'heure, le Comité réitère sa conclusion que la situation n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif qu'il n'a pas été établi que les mesures adéquates ont été prises pour prévenir les accidents.

### ***Covid-19***

Le Comité a demandé aux États parties d'évaluer l'adéquation des mesures prises pour limiter la propagation du virus de la covid-19 dans la population (dépistage et traçage, distanciation physique et auto-isolément, fourniture de masques chirurgicaux, désinfectant, etc.).

Le rapport présente quelques-unes des mesures préventives prises pour limiter la propagation de la covid-19, tout particulièrement en prison. Il indique notamment que 176 détenus âgés qui étaient particulièrement exposés au risque de contracter la covid-19 avaient été libérés pour motifs de compassion.

Le Comité rappelle que les États parties doivent prendre des mesures pour prévenir et limiter la propagation du virus, parmi lesquelles le dépistage et le traçage, la distanciation physique et l'auto-isolément, la fourniture de masques appropriés et de produits désinfectants, ainsi que l'imposition de mesures de quarantaine et de « confinement ». Toutes ces mesures doivent être conçues et mises en œuvre en tenant compte de l'état actuel des connaissances scientifiques et conformément aux normes applicables en matière

de droits de l'homme (Observation interprétative sur le droit à la protection de la santé en temps de pandémie, 21 avril 2020). De plus, l'accès aux soins de santé doit être assuré à tous sans discrimination. Cela implique que les soins de santé en cas de pandémie doivent être effectifs et abordables pour tous, et que les groupes vulnérables particulièrement exposés à de hauts risques, tels que les sans-abris, les pauvres, les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes vivant en institution, les personnes détenues en prison et les personnes en situation irrégulière doivent être protégés de manière appropriée par les mesures sanitaires mises en place (Observation interprétative sur le droit à la protection de la santé en temps de pandémie, 21 avril 2020).

### *Conclusion*

Le Comité conclut que la situation de l'Azerbaïdjan n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte aux motifs que :

- il n'est pas établi que les mesures adéquates ont été prises pour surmonter la pollution de l'environnement ;
- la législation n'interdit ni la vente ni l'utilisation de l'amiante ;
- il n'est pas établi que les mesures adéquates ont été prises pour prévenir les accidents.

## **Article 14 - Droit au bénéfice des services sociaux**

### *Paragraphe 1 - Encouragement ou organisation des services sociaux*

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

Le Comité rappelle que l'article 14§ 1 garantit le droit au bénéfice des services sociaux généraux. Il note qu'aux fins du présent rapport, il a été demandé aux États de répondre aux questions ciblées posées au titre de cette disposition (questions figurant dans l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, dans laquelle le Comité a demandé un rapport sur l'application des dispositions de la Charte relevant du groupe thématique « Santé, sécurité sociale et protection sociale »), ainsi qu'aux précédents constats de non-conformité et aux décisions d'ajournement.

Par conséquent, il se concentrera sur les réponses du gouvernement aux questions ciblées, à savoir comment et dans quelle mesure les activités des services sociaux ont été maintenues pendant la crise de la covid-19 et si des mesures spécifiques ont été prises dans l'éventualité de futures crises de ce type. Le Comité souhaite signaler qu'il prendra acte des informations fournies en réponse à la question concernant la covid-19 à des fins d'information seulement, car elles concernent des faits survenus en dehors de la période de référence (à savoir, après le 31 décembre 2019). En d'autres termes, la réponse ne sera pas évaluée à des fins de conformité avec la Charte dans le cadre du présent cycle d'examen.

Le Comité a précédemment conclu (Conclusions 2017) que la situation n'était pas conforme à la Charte au motif que l'accès des ressortissants d'autres États parties aux services sociaux était subordonné à une condition de durée de résidence excessive (cinq ans). Dans la mesure où, selon le rapport, les dispositions en la matière n'ont pas changé, le Comité renouvelle sa conclusion de non-conformité.

Le Comité rappelle que les ressources des services sociaux doivent être à la hauteur de leurs responsabilités et suivre l'évolution des besoins des usagers. Cela suppose que :

- le personnel soit qualifié et suffisamment nombreux ;
- les décisions soient prises au plus près des usagers ;
- des mécanismes soient mis en place pour vérifier le caractère adéquat des services, tant publics que privés.

Dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2013 et 2017), le Comité a demandé des informations sur ces trois éléments. Il a également demandé que le prochain rapport contienne des informations sur les qualifications du personnel des services sociaux, sur le ratio effectifs/usagers et sur le contrôle des services sociaux fournis par des prestataires privés. Le Comité note que le rapport ne répond pas à ses questions, notamment à celles concernant les qualifications du personnel des services sociaux, le ratio effectifs/usagers et le contrôle des services sociaux fournis par des prestataires privés. Il réitère une nouvelle fois ses questions et considère qu'il n'est pas établi que la qualité des services sociaux soit conforme aux prescriptions de la Charte en ce qui concerne les qualifications du personnel, les effectifs, le mécanisme de contrôle du caractère adéquat des services et la prise de décision au plus près des usagers.

En réponse aux questions ciblées du Comité, le rapport précise que pendant la pandémie de covid-19, les services sociaux ont été fournis dans le respect des mesures imposées. Les mesures nécessaires ont été prises pour limiter la propagation de la pandémie et protéger les personnes vulnérables. En outre, de nouveaux services – distribution de nourriture, soutien psychologique et réunions en ligne – ont été développés. Le rapport ne contient pas d'informations sur les mesures spécifiques qui auraient été prises en prévision de futures crises de ce type.

### *Conclusion*

Le Comité conclut que la situation de l'Azerbaïdjan n'est pas conforme à l'article 14§1 de la Charte aux motifs que :

- l'accès des ressortissants d'autres États parties aux services sociaux est subordonné à une condition de durée de résidence excessive (cinq ans) ;
- il n'est pas établi que la qualité des services sociaux soit conforme aux prescriptions de la Charte en ce qui concerne les qualifications du personnel, les effectifs, l'existence d'un mécanisme effectif de contrôle du caractère adéquat des services et la prise de décision au plus près des usagers.

## **Article 14 - Droit au bénéfice des services sociaux**

### *Paragraphe 2 - Participation du public à la création et au maintien des services sociaux*

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

rappelle que l'article 14§2 fait obligation aux États parties d'aider les organisations bénévoles qui cherchent à créer des services sociaux. Les « individus et organisations bénévoles ou autres » dont il est question au paragraphe 2 incluent le secteur associatif (organisations non gouvernementales et autres associations), les particuliers et les sociétés privées.

Il rappelle également qu'aux fins du présent examen, il a été demandé aux États de répondre aux questions ciblées posées au titre de cette disposition (questions figurant dans l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, dans laquelle le Comité a demandé un rapport sur l'application des dispositions de la Charte relevant du groupe thématique « santé, sécurité sociale et protection sociale »), ainsi qu'aux précédents constats de non-conformité et aux décisions d'ajournement. Les États ont par conséquent été invités à fournir des informations sur la participation des usagers aux services sociaux (« co-production ») et notamment à indiquer comment cette participation était garantie et encouragée dans la loi, dans les affectations budgétaires et dans la prise de décision à tous les niveaux, ainsi que dans la conception et les modalités de mise en œuvre des services dans la pratique. Par « co-production », on entend que les services sociaux travaillent ensemble avec les personnes qui recourent aux services sur la base de principes fondamentaux, tels que l'égalité, la diversité, l'accessibilité et la réciprocité.

Le Comité a ajourné sa conclusion précédente (Conclusions 2017) et a une nouvelle fois demandé (voir Conclusions 2013) si et comment le gouvernement veillait à ce que les services gérés par le secteur privé soient effectifs et accessibles à tous sur un pied d'égalité et sans discrimination aucune fondée notamment sur la race, l'origine ethnique, la religion, le handicap, l'âge, l'orientation sexuelle et les opinions politiques. Il a considéré que, dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettrait d'établir que la situation soit conforme à la Charte.

Le rapport précise que des réformes sont en cours dans le domaine des services sociaux et qu'un projet de Stratégie nationale 2020-2026 pour le développement des services sociaux en République d'Azerbaïdjan est en cours d'élaboration. La stratégie expose la politique du pays et sa conception de l'essence du développement social, et instaure des mécanismes de réglementation du développement du système de services sociaux. Le rapport n'aborde pas la question de l'accès égal et non discriminatoire aux services sociaux. Le Comité demande que des informations complètes soient fournies dans le prochain rapport et considère entre-temps qu'il n'est pas établi que la situation soit conforme à la Charte sur ce point.

Le rapport ne répond pas aux questions ciblées sur la participation des usagers aux services sociaux et le Comité renouvelle sa demande d'informations à cet égard.

### *Conclusion*

Le Comité conclut que la situation de l'Azerbaïdjan n'est pas conforme à l'article 14§2 de la Charte aux motifs qu'il n'est pas établi que :

- les services gérés par le secteur privé soient effectifs ;
- et ils soient accessibles à tous sur un pied d'égalité, sans discrimination aucune, fondée notamment sur la race, l'origine ethnique, la religion, le handicap, l'âge, l'orientation sexuelle et les opinions politiques.