



mars 2022

CHARTÉ SOCIALE EUROPÉENNE REVISÉE

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2021

BOSNIE-HERZEGOVINE

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 la Bosnie-Herzégovine, qui a ratifié la Charte sociale européenne révisée le 7 octobre 2008. L'échéance pour remettre le 11^e rapport était fixée au 31 décembre 2020 et la Bosnie-Herzégovine l'a présenté le 16 juin 2021.

Le Comité rappelle qu'il a été demandé à la Bosnie-Herzégovine 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^e 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).

La Bosnie-Herzégovine a accepté toutes les dispositions de ce groupe, sauf les articles 12§3, 12§4, 13§4 et 30.

La période de référence allait du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2019.

Les Conclusions relatives à la Bosnie-Herzégovine concernent 11 situations et sont les suivantes :

- une conclusion de conformité : article 13§2 ;
- 9 conclusions de non-conformité : articles 11§2, 11§3, 12§1, 12§2, 13§1, 13§3, 14§1, 14§2 et 23.

En ce qui concerne la situation régie par l'article 11§1, 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 la Bosnie-Herzégovine de présenter des rapports en vertu de la Charte révisée.

Le rapport suivant de la Bosnie-Herzégovine 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

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 1 - Elimination des causes d'une santé déficiente

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Bosnie-Herzégovine.

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 (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.

Le Comité a ajourné sa précédente conclusion (Conclusions 2017). Son évaluation portera donc sur les informations fournies par le gouvernement en réponse aux questions concernant les décisions ajournées et aux questions ciblées.

Le Comité tient à souligner qu'il ne prendra acte 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 section « covid-19 » ci-dessous ne feront pas l'objet d'une évaluation de conformité à la Charte dans le cadre du présent cycle d'examen.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité a ajourné sa précédente conclusion et a demandé que le prochain rapport comporte des informations à jour sur les mesures prises pour lutter contre les causes de la mortalité, sur l'application des mesures prises pour réduire les taux de mortalité infantile et maternelle et sur les résultats obtenus (Conclusions 2017).

Le rapport fait état d'une série d'initiatives visant à réduire les facteurs de risque liés aux principales causes de mortalité. Il indique par exemple qu'une analyse détaillée de la santé de la population a été réalisée, qu'une étude des facteurs de risque a été effectuée et que des lignes directrices relatives à la prévention des facteurs de risque et aux soins de santé primaires ont été élaborées. Un projet visant à réduire les facteurs de risques sanitaires en Bosnie-Herzégovine, axé sur la mobilisation sociale, sur des campagnes médiatiques et sur le suivi de la population de deux municipalités (Zenica et Mostar), a été mené à bien. Portant sur un échantillon de la population de Zenica et de Mostar, il avait pour objectif principal de réduire les principaux facteurs de risque liés à la santé par un contrôle renforcé du tabac et de l'alcool, la promotion de programmes d'alimentation saine et l'incitation à l'activité physique.

Le rapport fournit des informations sur la mortalité infantile entre 2016 (il indique un taux de 7,7) et 2018 (où le taux s'élève à 8,3). Les données de la Banque mondiale font état d'une diminution du taux de mortalité infantile, qui est passé de 5,4 en 2015 à 5,1 en 2019 (le taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes était de 3,4 en 2019 dans l'Union européenne). Le rapport informe que les données sur la mortalité maternelle n'ont pas été enregistrées pour la période de référence. Selon les statistiques de la Banque mondiale, la mortalité maternelle était de 10 pour 100 000 naissances vivantes en 2015 et elle est restée inchangée jusqu'en 2017, dernière année de collecte des données (le taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes était de 6 en 2017 dans l'Union européenne). Le rapport fait état d'un faible taux de mortalité infantile et maternelle en Republika Srpska (1,9 et 1,1 pour la mortalité infantile en 2016 et 2018 respectivement et 0,4 pour la mortalité maternelle en 2016 et 2018) et d'un taux de 0 dans le District de Brčko pour la mortalité infantile et maternelle en ce qui concerne la période de référence.

Le Comité note que les taux de mortalité infantile et maternelle sont élevés et que, si le taux de mortalité infantile diminue légèrement, le taux de mortalité maternelle reste au même

niveau élevé. Il souhaite que le prochain rapport fasse état des mesures spécifiques prises afin de réduire la mortalité infantile et maternelle et de les mettre en œuvre. Le Comité souligne que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Bosnie-Herzégovine soit conforme à l'article 11§1 de la Charte sur ce point.

Le rapport indique que dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine, le ministère de la Santé est en train de mettre en place un système de surveillance et réponse obstétriques, dont le but est de réduire ou d'éliminer les décès maternels évitables. Une attention particulière est accordée au signalement des hémorragies post-partum et de l'éclampsie. Le Comité souhaite que le prochain rapport présente un bilan de ce système.

Le Comité a demandé, sous forme de question ciblée pour le présent cycle, 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.) avec identification des 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 toxicomanes ou les détenus, etc.).

En réponse à la question ciblée du Comité concernant les données sur l'espérance de vie dans tout le pays et entre les différents groupes de population, le rapport fournit des statistiques sur l'espérance de vie moyenne en Bosnie-Herzégovine. Il indique que, selon les données de la Banque mondiale, l'espérance de vie à la naissance est de 77,66 ans (en moyenne). Le Comité observe que le rapport n'indique pas clairement à quelle année ces données se rapportent. Il relève que les données de la Banque mondiale indiquent qu'en 2019, l'espérance de vie à la naissance était de 77,4 ans (à titre d'exemple, la moyenne dans l'Union européenne à 27 était de 81,3 ans en 2019), ce qui constitue une augmentation par rapport à 2015, où elle était de 76,9 ans. De même, toujours selon les données de la Banque mondiale, l'espérance de vie à la naissance en 2019 était de 79,9 ans pour les femmes (79,3 ans en 2015) et de 74,9 ans pour les hommes (74,4 ans en 2015). Ces données font également état d'une légère augmentation du taux de mortalité en Bosnie-Herzégovine, qui est passé de 10,3 décès pour 1 000 habitants en 2015 à 10,9 en 2019.

Le rapport indique que les principales causes de mortalité en Bosnie-et-Herzégovine sont des maladies chroniques telles que les infarctus aigus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux, les arrêts cardiaques, les néoplasmes malins des bronches et des poumons, l'hypertension artérielle essentielle et les cardiopathies ischémiques chroniques.

Le rapport ne fournit pas d'informations sur l'espérance de vie parmi les différents groupes ethniques et minorités, ni sur les sans-abri et les chômeurs de longue durée, ni sur la prévalence de maladies particulières dans les groupes concernés, comme les nouveaux cas de VIH ou d'hépatite C parmi les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de substances ou incarcérées. Le Comité réitère donc sa demande d'informations sur ces points.

Accès aux soins de santé

Dans sa précédente conclusion, le Comité a noté qu'aucune mesure n'avait été prise en Bosnie-Herzégovine pour réduire le morcellement de l'ensemble du système de santé et harmoniser les réformes. Il a également demandé des informations sur la situation sanitaire de la communauté Rom. Il a observé que les personnes déplacées de retour dans le pays continuaient de rencontrer des obstacles en matière d'accès aux soins de santé et a demandé à recevoir des informations à ce sujet dans le prochain rapport. Il souhaitait

également être informé sur l'offre de soins et traitements dentaires et de santé mentale (Conclusions 2017).

Le rapport indique qu'il existe trois systèmes de santé distincts en Bosnie-Herzégovine : le système de santé de la Fédération de Bosnie-Herzégovine, celui de la Republika Srpska et celui du District de Brčko. Les personnes bénéficiant d'une assurance maladie n'ont pas les mêmes droits et ni le même accès aux soins de santé selon l'entité ou le canton où elles résident, même si elles paient les mêmes montants de cotisations. Le District de Brčko a établi une coopération dans ce domaine avec les deux autres entités et cantons. Le rapport indique que la décentralisation des services publics vise à accroître l'accessibilité et la qualité des services publics.

Le Comité note qu'un tel morcellement du système de santé complique considérablement non seulement la prestation de soins, mais augmente aussi les coûts de coordination et nuit à la rationalité de la gestion des établissements de santé. Le Comité souhaite que le prochain rapport mentionne les mesures spécifiques prises pour réduire ce morcellement.

En ce qui concerne la communauté Rom et les personnes déplacées à l'intérieur du pays, le rapport indique qu'un grand nombre de Roms ne bénéficient pas de couverture maladie, car peu de membres de la communauté ont un emploi. Un projet comprenant la cartographie des besoins sanitaires des Roms a été mené en Bosnie-Herzégovine. En outre, la loi relative aux soins de santé (Journal officiel de la Fédération de Bosnie-Herzégovine, n° 46/10 et 75/13) prescrit des mesures prioritaires en matière de soins de santé permettant aux groupes vulnérables, tels que les Roms, d'accéder à tous les systèmes de soins. Le Comité demande à ce que le prochain rapport indique si l'accès aux soins de santé est garanti pour tous les Roms, et selon quelles modalités. En ce qui concerne les personnes déplacées, le rapport précise que les ressources financières consacrées aux soins de santé sont planifiées par les ministères respectifs. Le Comité souhaite que le prochain rapport fasse état de la manière dont l'accès aux soins de santé est garanti à toutes les personnes déplacées à l'intérieur du pays.

En ce qui concerne la santé mentale, le rapport indique qu'en Bosnie-Herzégovine, le Centre régional pour le développement de la santé mentale en Europe du Sud-Est a contribué de manière significative à faire avancer la réforme de la santé mentale dans la région. Les progrès réalisés comprennent la désinstitutionalisation, le soutien aux services de santé mentale de proximité, le soutien à l'association des usagers des institutions de santé mentale et la définition de normes pour la protection des droits humains des personnes atteintes de maladies mentales. Des services de santé mentale sont fournis par chacun des trois systèmes de soins de santé. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations précises sur les services de santé mentale proposés par chacun des trois systèmes de soins de santé.

En ce qui concerne les soins dentaires, le rapport indique que dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine, ils sont dispensés dans des centres de soins de santé primaires et sont financés par l'enveloppe des services de santé de base de l'assurance maladie obligatoire. Par exemple, les appareils dentaires partiels en acrylique, les prothèses en acrylique et les prothèses temporaires sont financées à 100 % par l'État pour les personnes assurées. En Republika Srpska, les soins dentaires sont entièrement ou partiellement couverts par l'assurance maladie obligatoire ; par exemple, les assurés non exemptés de la participation personnelle aux soins de santé paient un ticket modérateur représentant 50 % du coût de la prestation. Le Comité relève qu'aucune information n'est fournie sur les soins dentaires dans le District de Brčko et demande que le prochain rapport en contienne.

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 chaque hôpital a l'obligation de disposer d'un service de maternité. La grossesse et l'accouchement sont couverts par l'assurance maladie ainsi que les complications puerpérales et postnatales jusqu'à six mois après l'accouchement.

Le Comité demande si les filles et les femmes ont accès à la contraception et à des informations sur la part du coût des contraceptifs qui doit être couverte exclusivement par les femmes lorsque cette dépense n'est pas totalement remboursée. Le Comité demande des informations sur les mesures prises pour garantir l'accès des femmes et des filles aux méthodes de contraception modernes. Il demande également des informations sur la part du coût des contraceptifs non couverte par l'État (lorsque cette dépense n'est pas totalement remboursée par ce dernier).

Le rapport ne fournissant aucune information sur l'avortement, le Comité demande à être renseigné dans le prochain rapport sur l'accès aux services d'avortement, sur les coûts de l'intervention et sur les conditions de remboursement total ou partiel.

Le rapport ne fournissant aucune information sur les maternités précoces (jeunes filles mineures), le Comité réitère sa demande de statistiques sur ce point.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur la part des dépenses de santé publique dans le PIB.

En ce qui concerne les personnes transgenres, le rapport indique que dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine, la chirurgie de réassignation de genre n'est pas couverte par l'assurance maladie. Dans la Republika Srpska, il est possible d'adresser une demande à un fonds qui envoie généralement la personne à l'étranger pour l'opération en lui indiquant que les frais seront remboursés par le fonds. Dans le District de Brčko, la chirurgie de réassignation de genre n'est pas couverte par l'assurance maladie.

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 des droits de l'homme, 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 libre et 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 aux soins de 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). Le rapport ne fournissant aucune information sur ce point, le Comité souhaite recevoir des informations sur les mesures permettant de garantir un consentement éclairé aux interventions médicales ou aux traitements médicaux dans le prochain rapport.

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 centrées sur les 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).

Le rapport ne contenant aucune information sur ce point, le Comité réitère sa demande.

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'hôpitaux, 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 la 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 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 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 détenues en prison 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, 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

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

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 2 - Services de consultation et d'éducation sanitaires

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Bosnie-Herzégovine.

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.

Dans sa précédente conclusion, le Comité a considéré que la situation de la Bosnie-Herzégovine n'était pas conforme à l'article 11§2 de la Charte au motif que les politiques de dépistage n'étaient pas systématiquement en place dans le pays (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.

En réponse, le rapport indique que dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine, les instituts cantonaux de santé publique et l'Institut de santé publique informent le grand public par des actions tenues à des dates importantes au niveau international ; en moyenne une vingtaine de domaines thématiques différents est abordée chaque année. Le rapport détaille également la manière dont les informations relatives aux domaines thématiques de la dépendance sont diffusées auprès du public. Le rapport fait référence au programme de formation des équipes de médecine familiale et aux activités menées dans le cadre de la prévention et de l'arrêt du tabagisme.

En ce qui concerne la Republika Srpska, le rapport informe que le ministère de la Santé et de la Protection sociale, en coopération avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS), a mis en œuvre le projet « Renforcer et moderniser de manière durable les stratégies, les capacités et les services de santé publique pour améliorer la santé de la population ». Dans le cadre de ce projet, des guides et du matériel promotionnel pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adultes et la promotion de l'activité physique ont été élaborés. Le rapport indique également que des campagnes sont organisées conformément au calendrier de la santé.

En ce qui concerne le district de Brčko, le rapport fait état des campagnes de sensibilisation aux effets néfastes à la santé lancées sur le site web du gouvernement du district de Brčko.

Le Comité rappelle de nouveau que l'information du public, notamment par des campagnes de sensibilisation, doit être une priorité de santé publique. L'ampleur précise de ces activités peut varier en fonction de la nature des problèmes de santé publique dans les pays concernés (Conclusions 2007, Albanie). Des mesures devraient être mises en place pour prévenir les activités nuisibles à la santé, telles que le tabagisme, l'alcool et les drogues, et pour développer le sens de la responsabilité individuelle, y compris sur des aspects tels qu'une alimentation saine, la sexualité et l'environnement (Centre international pour la protection juridique des droits de l'homme (INTERIGHTS) c. Croatie, réclamation n° 45/2007, décision sur le bien-fondé du 30 mars 2009, §43).

Le Comité note que le rapport ne contient pas d'informations sur l'éducation à la santé sexuelle et génésique, ni sur les stratégies de prévention relatives à l'éducation sanitaire

pour lutter contre les conduites autodestructrices et la consommation d'alcool et de drogues dans la communauté et à l'école. Par conséquent, le Comité réitère sa demande. Il souligne que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Bosnie-Herzégovine soit conforme à l'article 11§2 de la Charte sur ce point.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé des informations actualisées sur l'ensemble des activités entreprises par les services de santé publique, ou d'autres organismes, pour promouvoir la santé et prévenir les maladies (Conclusions 2017). En réponse, le rapport indique que les activités préventives prévues par les documents cadres de l'OMS sont mises en œuvre au niveau de la Fédération de Bosnie-Herzégovine, de la Republika Srpska et du district de Brčko. Le rapport fait spécifiquement référence aux activités préventives menées en coopération avec les institutions du secteur de la santé et les organisations non gouvernementales pour rechercher activement et détecter la tuberculose et le VIH parmi les groupes particulièrement vulnérables (Roms, prisonniers, personnes déplacées, personnes ayant un accès limité aux services de santé et autres groupes spécifiques).

En ce qui concerne la Fédération de Bosnie-Herzégovine, le rapport indique les activités de préservation et d'amélioration de la santé menées au niveau des communautés locales, conformément aux spécificités et aux besoins de ces dernières. Cependant, le rapport ne contient pas d'informations actualisées ou spécifiques.

Le rapport informe que dans la Republika Srpska, au cours de la période de 2016 à 2019 et dans le cadre de la mise en œuvre du projet « Promotion de la santé et prévention des facteurs de risque pour la santé dans les communautés roms de la Republika Srpska », des contacts individuels ont été établis avec plus de 500 familles roms à qui ont été enseignées les mesures d'hygiène générale, la santé sexuelle et reproductive, la prévention de la transmission des maladies infectieuses telles que le VIH et la tuberculose, l'importance des vaccinations et les facteurs de risque pour les maladies non transmissibles de masse. Selon le rapport, du matériel informatif et éducatif a été également conçu, imprimé et distribué aux communautés roms. Le rapport indique également que plus de 50 ateliers ont été organisés avec la participation de plus de 1 000 membres de la communauté rom, sur le thème de la gestion hygiénique des déchets, la prévention des maladies infectieuses, et celle du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein chez les femmes. De plus, le rapport mentionne un programme de prévention de la dépression ; le programme de prévention et de contrôle des maladies chroniques non transmissibles est en train d'être partiellement mis en œuvre.

Le rapport indique également que dans le district de Brčko, certaines activités sont menées conformément au calendrier sanitaire adopté par la subdivision de la santé publique.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées et spécifiques sur l'ensemble des activités entreprises par les services de santé publique, ou d'autres organismes, pour promouvoir la santé et prévenir les maladies non seulement parmi les groupes particulièrement vulnérables, mais aussi parmi la population en général.

Dans sa précédente conclusion, le Comité a également demandé si la prestation d'une éducation à la santé dans les écoles était une obligation légale, comment elle était incluse dans les programmes scolaires (en tant que matière distincte ou intégrée à d'autres matières), et le contenu de cette éducation (Conclusions 2017). En réponse, le rapport indique que l'éducation à la santé est incluse dans le programme de l'enseignement primaire et secondaire par le biais de l'Éducation physique et sanitaire et de la Culture sportive, et qu'elle est intégrée dans toutes les autres matières avec une part plus ou moins importante. Dans la mesure où le rapport ne répond que partiellement aux questions du Comité, il renouvelle sa demande. Il souligne que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Bosnie-Herzégovine soit conforme à l'article 11§2 de la Charte sur ce point.

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 la Bosnie-Herzégovine soit conforme à l'article 11§2 de la Charte sur ce point.

Consultations et dépistage des maladies

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la situation de la Bosnie-Herzégovine n'était pas conforme à l'article 11§2 de la Charte au motif que les politiques de dépistage n'étaient pas systématiquement en place dans le pays (Conclusions 2017). Il a demandé des informations sur les conditions d'accessibilité au dépistage du cancer, la proportion de personnes concernées et la fréquence de ces examens.

En réponse, le rapport rappelle les informations fournies précédemment concernant la Stratégie pour la prévention, le traitement et le contrôle des néoplasmes malins pour 2012-2020 dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine. Il contient également des informations sur le plan d'action pour la mise en œuvre de la stratégie en 2013-2014 (en dehors de la période de référence). D'après le rapport, aucun progrès significatif n'a été réalisé dans la mise en œuvre de la stratégie, faute de ressources financières ; les programmes de dépistage sont entrepris de manière sporadique au niveau cantonal et sont liés aux fonds disponibles. Le rapport mentionne le projet de prévention du cancer du sein et du col de l'utérus pour les femmes roms comme exemple de programme de dépistage réussi et complet. En outre, le dépistage de l'hypothyroïdie, de la phénylcétonurie et de l'hyperplasie des surrénales est prévu et sera disponible pour tous les nouveau-nés.

Quant à la Republika Srpska, des mesures de détection précoce de certaines maladies malignes telles que les cancers du col de l'utérus, du sein, du côlon et du rectum et de la prostate sont organisées et mises en œuvre par les services de consultation du Centre de santé en coopération avec les équipes de médecine familiale et les services hospitaliers spécialisés. Ces mesures concernent aussi bien la détection précoce de la maladie que la détection et la réduction des facteurs de risque. Le rapport informe en outre qu'au cours de la période de 2016 à 2019, dans le cadre du projet « Promotion de la santé et prévention des facteurs de risque pour la santé dans les communautés roms en Republika Srpska », un examen préventif pour la détection précoce du cancer du col de l'utérus et du sein a été organisé pour 150 femmes roms et un examen préventif pour la détection précoce du cancer de la prostate et du côlon pour 20 hommes roms.

Le Comité rappelle que dans les domaines où le dépistage s'est révélé être un outil de prévention efficace, il doit être utilisé au maximum de ses capacités (Conclusions XV-2 (2001), Belgique). Le Comité rappelle que des dépistages des maladies constituant les principales causes de décès doivent être organisés, si possible systématiquement (Conclusions 2005, République de Moldova). Compte tenu de ce qui précède, le Comité réitère sa précédente conclusion de non-conformité au motif que les politiques de dépistage ne sont pas systématiquement mises en place dans le pays.

Dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé des informations sur les consultations et les dépistages gratuits et réguliers des femmes enceintes et des enfants dans tout le pays, y compris des informations sur la fréquence des examens médicaux scolaires, leurs objectifs, la proportion d'élèves concernés et le niveau de dotation en personnel (Conclusions 2017).

En réponse, le rapport indique que, dans le but d'un suivi de la croissance et du développement, et afin de détecter et traiter précocement les maladies et autres troubles du développement, des contrôles médicaux réguliers sont effectués en deuxième, cinquième et huitième années au cours des neuf années que compte l'enseignement primaire, et en

première et troisième années de l'enseignement secondaire. Le rapport décrit en détail les visites médicales et l'enregistrement des maladies chroniques et allergiques ainsi que le contrôle et la mise en œuvre de la vaccination et de son renouvellement.

Le rapport indique également que les soins de santé primaires sont dispensés à tous les enfants sur le territoire de la Fédération de Bosnie-Herzégovine par les pédiatres des centres de santé. Le Comité prend note des informations détaillées sur la fréquence, la portée et le type de contrôles médicaux effectués jusqu'à l'âge de 18 ans. Selon le rapport, la loi sur l'assurance maladie dispose que chaque enfant est assuré selon certains critères, et les sources de financement sont également déterminées. Le rapport fournit également les chiffres des contrôles médicaux effectués au cours de la période 2016-2018 dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine. Dans la Republika Srpska, les enfants jusqu'à 15 ans peuvent bénéficier de soins de santé totalement gratuits dont les frais sont prélevés sur les fonds de l'assurance maladie obligatoire. Le rapport ajoute que dans le district de Brčko, la loi sur les soins de santé prescrit que ceux-ci sont prévus pour les enfants jusqu'à 15 ans, les écoliers et les étudiants jusqu'à la fin de leur scolarité, et au plus tard jusqu'à l'âge de 27 ans. Cette catégorie de la population bénéficie de soins de santé qui ne sont pas couverts par l'assurance maladie obligatoire financée par le budget du district.

Le Comité demande à nouveau que le prochain rapport fournisse des informations sur la consultation et le dépistage gratuits et réguliers des femmes enceintes. Il souligne que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Bosnie-Herzégovine soit conforme à l'article 11§2 de la Charte sur ce point.

Le Comité prend note des informations détaillées fournies dans le rapport concernant les conditions d'accessibilité au dépistage, la proportion de personnes concernées et la fréquence des examens dans le cadre du Programme sur les maladies rares dans la Republika Srpska pour 2014-2020.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Bosnie-Herzégovine n'est pas conforme à l'article 11§2 de la Charte au motif que les politiques de dépistage ne sont pas systématiquement mises en place dans le pays.

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 3 - Prévention des maladies et accidents

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Bosnie-Herzégovine.

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 de la Bosnie-Herzégovine n'était pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif qu'il n'avait pas été établi que des mesures avaient été prises pour garantir un environnement sain (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 Comité note que les informations demandées ne sont pas fournies. Le Comité donc réitère sa demande et considère que si les informations demandées ne figurent pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation en Bosnie-Herzégovine est conforme à l'article 11§3 de la Charte.

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.

Dans ses conclusions précédentes au sujet de l'article 11§1 de la Charte, le Comité avait sollicité des informations sur l'existence de services de soin de santé mentale et notamment sur les mesures de prévention des troubles de la santé mentale et de rétablissement

(Conclusions 2017). Même si le rapport ne répond pas à la question ciblée, il donne tout de même des informations sur ce dernier point.

Le rapport indique qu'au cours des dix dernières années, les deux principales entités fédérées de Bosnie-Herzégovine ont créé un réseau de 69 centres de santé mentale de proximité : 42 en Fédération de Bosnie-Herzégovine et 27 en Republika Srpska. Ces centres disposent d'équipes pluridisciplinaires comprenant des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes et du personnel infirmier ; des soins de santé et des soins préventifs sont dispensés dans une structure de soins primaires, en étroite coopération avec les institutions de santé publique. Les entités assurent la formation professionnelle et définissent des stratégies de gestion des patients et des normes de qualité. Le rapport souligne que des organisations d'utilisateurs participent à la mise au point et à l'exécution des services. Des campagnes ont été menées pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes souffrant de troubles de la santé mentale. Le rapport indique qu'au moment de la rédaction, 2 300 personnes souffrant d'un trouble de la santé mentale en Fédération de Bosnie-Herzégovine bénéficiaient de ces services, ce qui réduit sensiblement le risque de placement en institution. Les centres de santé mentale en Fédération de Bosnie-Herzégovine sont complétés par des structures offrant des soins secondaires et tertiaires.

Le Comité se réfère à l'édition 2020 du rapport par pays de la Commission européenne sur la Bosnie-Herzégovine, où il est indiqué que ce sont toujours les soins en institution qui prévalent pour les personnes handicapées. Les services de proximité, qui permettent à ces personnes de vivre en toute indépendance, ne reçoivent pas le soutien voulu et il n'existe aucune stratégie globale de désinstitutionalisation. Dans une lettre envoyée en 2019, la Commissaire aux droits de l'homme s'est dit préoccupée par des signalements de maltraitance dans les institutions qui accueillent des enfants handicapés. Elle a noté que les enfants handicapés continuaient d'être placés dans des structures de prise en charge partout en Bosnie-Herzégovine faute de soutien familial adéquat.

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 par ailleurs l'article 15§3 de la Charte offre d'ordinaire l'occasion d'examiner la désinstitutionalisation des personnes handicapées, mais comme la Bosnie-Herzégovine ne l'a pas ratifié, ce point est évalué à la lumière de l'article 11§3.

En conséquence, le Comité demande les informations suivantes :

- le nombre d'institutions complètement et/ou partiellement fermées ou la réduction du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques de long séjour ; si une stratégie de désinstitutionalisation existe, le délai fixé pour la fermeture de toutes les institutions ;
- les solutions alternatives qui ont été mises en place : le type de services de proximité, notamment l'accès à une assistance personnelle, les possibilités en matière de logement, et l'accès aux services généraux, notamment l'emploi et l'éducation ;

- en ce qui concerne le logement, la mesure dans laquelle les personnes qui quittent une institution peuvent choisir où, et avec qui, elles souhaitent vivre, et si elles doivent vivre dans un cadre particulier pour accéder à une aide ;
- des données sur le nombre de personnes qui vivent en logement collectif (foyers de petite taille, foyers de type familial, etc.) après avoir quitté un établissement, ventilées par âge et par déficience ;
- la façon dont les services sont financés, la façon dont les coûts liés au handicap sont financés, et la façon dont les personnes sont évaluées pour l'accès aux différents services d'aide et allocations ;
- la façon dont la qualité des services de proximité est suivie, et la façon dont les personnes handicapées et leurs organisations représentatives sont associées à la fourniture, au suivi ou à l'évaluation des services de proximité.

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).

Dans ses précédentes conclusions, le Comité avait demandé des informations au sujet de l'impact sur la consommation de drogue des règles adoptées pendant la période de référence antérieure (Conclusions 2017).

Le rapport ne répond qu'à la dernière question. Il indique que des documents de planification relatifs à la consommation de drogue ont été adoptés à l'échelon national (pour la période 2018-2023) et à l'échelon de la Republika Srpska (pour 2016-2021). Toutefois, il ne donne aucune information sur les tendances en matière de consommation durant la période d'application des documents de planification actuels ou des précédents.

Dans l'édition 2020 du rapport par pays de la Commission européenne sur la Bosnie-Herzégovine, il est indiqué qu'il n'y a pas de plan d'action pour la mise en œuvre de la stratégie 2018-2023, qu'il faut trouver un financement pour les programmes de réduction des risques et de réinsertion sociale des personnes souffrant d'addiction, et que la collecte de données comporte certaines lacunes.

Le Comité note qu'il n'a pas reçu les informations qu'il avait demandées sur les décès liés à la drogue et la transmission de maladies infectieuses chez les personnes consommatrices de substances psychoactives, notamment par injection, aussi bien au sein de la collectivité que dans les structures carcérales, ni l'aperçu demandé des règles nationales de lutte contre la consommation de substances et les troubles qui vont avec (dissuasion, éducation, démarche de réduction des risques basée sur la santé publique, en ce compris utilisation ou disponibilité des médicaments essentiels énumérés par l'OMS pour les traitements agonistes opioïdes). Le Comité considère donc que si les informations demandées ne figurent pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Bosnie-Herzégovine est conforme à l'article 11§3 de la Charte.

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.

Le Comité réitère ses précédentes conclusions, à savoir que la situation en Bosnie-Herzégovine n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que des mesures ont été prises pour garantir un environnement sain (Conclusions 2017). En outre, il avait demandé des informations à jour sur les niveaux de pollution atmosphérique et sur les cas de pollution de l'eau potable et d'intoxication alimentaire pendant la période de référence, et souhaitait savoir s'ils étaient en hausse ou en baisse.

S'agissant de la qualité de l'eau, le rapport indique que 60 % de la population de la Fédération de Bosnie-Herzégovine bénéficie des systèmes publics d'approvisionnement en eau et que des procédures de contrôle de la qualité sont en place. Le rapport décrit l'état variable des réseaux locaux de distribution d'eau, dont beaucoup sont exposés à des risques de contamination en raison des décharges sauvages et autres sources de pollution. Un pourcentage élevé des échantillons d'eau potable prélevés dans les fontaines publiques et les bâtiments scolaires s'est avéré non conforme. Une corrélation a été trouvée entre certains endroits où l'eau est puisée dans des sources non réglementées et des niveaux élevés d'entérocolite aiguë, qui ont toutefois diminué ces dernières années.

Le rapport indique que le contrôle de la qualité de l'air est variable en Fédération de Bosnie-Herzégovine. Le rapport comporte des données sur la présence de plusieurs polluants, notamment le dioxyde de soufre, le dioxyde d'azote, le monoxyde de carbone et les matières particulaires en suspension (PM_{2,5}). Bien que les niveaux de pollution diffèrent en fonction de l'endroit, de la saison et des conditions météorologiques, ils sont souvent inférieurs aux valeurs cibles. Le rapport fournit par ailleurs des données sur les intoxications alimentaires, la sécurité alimentaire et les valeurs nutritionnelles des aliments mis en vente.

Comparativement, le rapport contient moins de données environnementales précises sur la situation en Republika Srpska et dans le District de Brčko. En outre, il ne donne aucune information sur la question de la gestion des déchets.

Le Comité note que dans son rapport par pays de 2020 sur la Bosnie-Herzégovine, la Commission européenne a fait état d'importantes lacunes dans la mise en conformité de la Bosnie-Herzégovine avec l'Union Européenne dans le domaine de la protection du milieu naturel. Par exemple, pour ce qui concerne la qualité de l'air, le rapport indique qu'il faut encore mettre en place un réseau de contrôle de la qualité de l'air en bon état de fonctionnement dans l'ensemble du pays, ainsi qu'un programme d'amélioration de la qualité de l'air. Il faut aussi encore adopter des plans sur la qualité de l'air dans les zones où les niveaux de polluants dépassent le plafond autorisé. Selon le rapport par pays, la gestion de la qualité de l'air doit être harmonisée et rendue cohérente dans tout le pays pour lutter efficacement contre la pollution atmosphérique et réduire aussi vite que possible les niveaux de pollution dans un certain nombre de villes où ils dépassent les valeurs limites. Il reste des progrès à faire pour lutter contre les émissions des principaux polluants à l'échelon national et pour dresser des inventaires des émissions nationales et établir un rapport à leur propos.

Compte tenu des informations fournies, le Comité considère que la situation est désormais conforme à la Charte sur ce point, mais il demande des informations sur les mesures prises

pour lutter contre les problèmes environnementaux recensés dans le présent rapport : accès insuffisant à l'eau potable en zone rurale, infrastructures de contrôle de la qualité de l'air insuffisantes, pollution atmosphérique, gestion des déchets, mais aussi les mesures prises pour traiter les problèmes de santé des populations touchées.

Vaccinations et surveillance épidémiologique

Dans ses conclusions, le Comité a demandé des informations sur le taux de couverture vaccinale à l'échelon de l'État fédéral et de chaque entité fédérée, notamment à cause des tendances négatives enregistrées pendant les précédentes périodes de référence (Conclusions 2017). Le Comité a considéré que si ces informations ne figuraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettrait d'établir que la situation était conforme à la Charte sur ce point.

Le rapport reconnaît que le taux de couverture vaccinale reste globalement insuffisant, fait état d'un recul de la qualité de l'immunité collective de la population contre certaines maladies et il évoque la menace de voir celles-ci sévir sous forme épidémique. Des informations sont présentées sur le taux de couverture vaccinale dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine, dans le District de Brčko mais il n'y a pas d'informations sur le taux de couverture vaccinale en Republika Srpska. Le Comité prend note des informations fournies dans le rapport au sujet des résultats du plan national sur la pandémie de grippe et de la stratégie de lutte contre le SIDA.

Le Comité note que selon diverses sources, l'épidémie de rougeole qui s'est produite en Bosnie-Herzégovine en 2019 était due au non-respect des objectifs en matière de vaccination (Jurica Arapović, Željana Sulaver, Borko Rajič, Aida Pilav, *The 2019 measles epidemic in Bosnia and Herzegovina: What is wrong with the mandatory vaccination program?* Bosn J Basic Med Sci. 2019 ;19(3) :210-212). Comme l'épidémie de 2019 faisait suite aux vagues épidémiques de 1997-1998 et de 2004-2005, l'OMS a classé la Bosnie-Herzégovine parmi les pays à transmission endémique de la rougeole. Les auteurs de l'étude ont souligné que bien que la vaccination soit obligatoire en Bosnie-Herzégovine et qu'il existe un régime de sanctions, les règles sont peu respectées. Cette situation a été attribuée au fait que les travailleurs du secteur de la santé n'étaient pas assez informés des avantages de la vaccination, et à des campagnes de désinformation sur les vaccins.

Le Comité demande que lui soient fournies, dans le prochain rapport, des informations sur les mesures prises pour renforcer la couverture vaccinale, compte tenu des taux de couverture actualisés. Pour l'heure, le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif qu'il n'y a pas de programmes efficaces de vaccination et de surveillance épidémiologique en place .

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 et alcool

Dans ses précédentes conclusions, le Comité avait demandé des éclaircissements sur des chiffres montrant qu'en Republika Srpska il n'était pas interdit de fumer sur le lieu de travail, et il avait réservé sa position sur ce point (Conclusions 2017). En outre, le Comité avait redemandé que lui soient communiqués le pourcentage de la prévalence du tabagisme et les cadres juridiques relatifs à la consommation de tabac.

Le rapport reconnaît que la législation en vigueur sur le contrôle du tabagisme dans les entités fédérées n'est pas pleinement alignée sur les normes de l'Union Européenne applicables. Au moment de la transmission du rapport, un nouveau projet de loi sur le contrôle du tabagisme rectifiant les lacunes actuelles était à l'examen en Fédération de

Bosnie-Herzégovine. En outre, la procédure de ratification du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac est en cours à l'échelon de national. Dans son rapport par pays de 2020 sur la Bosnie-Herzégovine, la Commission européenne a confirmé que la législation nationale n'interdisait pas la consommation de tabac dans les lieux publics, entre autres lacunes. Par ailleurs, la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac, à laquelle le pays adhère, n'est pas pleinement appliquée faute de suivi systématique.

Le rapport présente le pourcentage de prévalence du tabagisme pour 2012 dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine : 44,1 % des adultes de 18 à 65 ans sont fumeurs, dont 56,3 % des hommes et 31,6 % des femmes. Selon des données récentes, près d'un quart des enfants scolarisés et âgés de 13 à 15 ans (24,4 %) consomment des produits du tabac et un sur dix fume des cigarettes ; la plupart de ceux qui fument actuellement ont pu acheter des cigarettes dans des magasins ou des kiosques en dépit de leur âge. Le rapport présente en outre des données montrant un pourcentage élevé de prévalence chez les professionnels de la santé (35 % d'entre eux étaient fumeurs en 2017). Le rapport ne donne aucune information sur le pourcentage de prévalence en Republika Srpska ou dans le District de Brčko.

Le Comité demande des informations sur l'évolution de la législation en matière de lutte anti-tabac à tous les niveaux administratifs ainsi que le pourcentage de prévalence du tabagisme dans toutes les entités. Pour l'heure, le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif que les mesures nécessaires n'ont pas été prises pour interdire la consommation de tabac dans les lieux publics, ce qui s'ajoute à un pourcentage de prévalence du tabagisme qui reste élevé, et qu'aucune information n'est donnée sur la situation en Republika Srpska et dans le District de Brčko.

Dans ses conclusions précédentes, le Comité avait demandé quelles étaient les politiques et la législation en vigueur concernant la consommation d'alcool, et en particulier quel était l'âge minimum légal à partir duquel la vente de boissons alcoolisées était autorisée, et si la publicité en faveur de l'alcool était soumise à des règles juridiquement contraignantes (Conclusions 2017). Il avait également demandé des informations sur les tendances de la consommation d'alcool.

Le rapport présente des informations détaillées sur la législation appliquée dans l'État fédéral et dans les entités fédérées en matière de consommation d'alcool, notamment s'agissant de l'âge minimum légal pour acheter des boissons alcoolisées (uniformément 18 ans) et sur la publicité concernant ces boissons. Le rapport, qui reconnaît que la consommation d'alcool est un problème important de santé publique, présente des informations sur les tendances de la consommation en Fédération de Bosnie-Herzégovine depuis 2012.

Le Comité demande des informations complètes et actualisées sur les tendances de la consommation d'alcool et les nouvelles mesures prises pour réduire celle-ci dans l'ensemble du pays.

Accidents

Dans ses précédentes conclusions, le Comité avait demandé des informations sur les accidents domestiques, les accidents en milieu scolaire et les accidents survenant durant les loisirs (Conclusions 2017).

Le rapport présente des informations sur les accidents de la circulation en Fédération de Bosnie-Herzégovine (il en ressort une tendance à la baisse durant la période de référence, pour tous les indicateurs applicables) et sur les accidents du travail (articles 3§3 de la Charte).

Covid-19

Dans une question ciblée, 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-isolement, fourniture de masques chirurgicaux, désinfectant, etc.).

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

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-isolement, 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 la Bosnie-Herzégovine n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte aux motifs que :

- il n'y a pas des programmes efficaces de vaccination et de surveillance épidémiologique en place ;
- les mesures nécessaires n'ont pas été prises pour qu'il soit interdit de fumer dans les lieux publics.

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 1 - Existence d'un système de sécurité sociale

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Bosnie-Herzégovine.

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

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2017), le Comité a considéré qu'il n'était pas établi que la proportion de personnes couvertes par les différentes branches de la sécurité sociale soit suffisante.

Concernant la proportion de personnes couvertes par l'assurance maladie, le rapport indique qu'en Bosnie-Herzégovine, l'accessibilité du système de santé dépend principalement de la répartition géographique des établissements de santé et de l'organisation des soins médicaux conformément aux frontières administratives des entités et cantons ainsi que du District de Brčko. L'organisation, le financement et la fourniture des services de santé à la population relèvent de la responsabilité des entités et cantons ainsi que du District de Brčko.

Le Comité note que, bien que la loi sur l'assurance maladie dispose que le régime d'assurance maladie obligatoire repose que les principes de réciprocité et de solidarité, et que la loi sur les soins de santé garantisse l'égalité des droits en matière de soins de santé pour tous les assurés en Fédération de Bosnie-Herzégovine, les droits des assurés en matière de soins de santé et les autres droits relatifs à l'assurance maladie obligatoire sont inégaux d'un canton à l'autre, principalement du fait de l'inégalité des chances sur le plan économique qui les caractérise. Concrètement, l'étendue et le type de droits en matière de soins de santé dépendent du montant des fonds provenant des caisses cantonales d'assurance maladie, de l'organisation et du niveau d'équipement des établissements de santé des cantons, du système de financement de la santé établi dans chaque canton, de la rationalité des dépenses effectuées dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, de la répartition des fonds entre les différents niveaux du système de soins, du contrôle des dépenses, du contrôle de la qualité des services de santé fournis, etc. Le Comité renvoie à sa conclusion relative à l'article 11§1 et demande quelles sont les mesures prises pour résoudre ce problème.

En ce qui concerne l'étendue de la couverture de santé, le Comité note qu'en 2018, 88,9 % de la population était couverte par l'assurance maladie au niveau de la Fédération de Bosnie-Herzégovine.

L'accès aux soins de santé en Republika Srpska est assuré dans le respect des principes d'égalité, d'accessibilité, d'exhaustivité, de continuité et de coordination. L'égalité en matière de soins de santé implique que les citoyens ayant les mêmes besoins médicaux reçoivent le même niveau de soins, et que les citoyens ayant des besoins médicaux différents reçoivent différents niveaux de soins, conformément aux dispositions législatives et aux autres normes applicables dans ce domaine.

Le Comité rappelle que l'article 12§1 de la Charte garantit le droit à la sécurité sociale à tous les travailleurs et à leurs ayants droit, y compris aux travailleurs indépendants, et que les États parties doivent y veiller en se dotant d'un régime de sécurité sociale qui soit établi par la loi et fonctionne dans les faits. L'assurance maladie ne doit pas couvrir seulement les personnes engagées dans une relation de travail et doit bénéficier à un pourcentage significatif de la population. Le Comité note que le rapport contient quelques informations concernant la couverture maladie applicable aux chômeurs. Il note que, dans le District de Brčko, environ 58 % des chômeurs bénéficiaient d'une couverture maladie en 2019. Cependant, le Comité demande que le prochain rapport indique la pourcentage de la population couverte par l'assurance maladie en Bosnie-Herzégovine en général, ainsi qu'en Republika Srpska et dans le District de Brčko.

Concernant les maladies professionnelles et l'incapacité de travail, en réponse à la question posée par le Comité dans sa précédente conclusion, le rapport donne des informations sur le cadre législatif applicable dans toutes les entités. Le Comité demande que le prochain rapport indique le pourcentage de la population active couverte contre ces risques.

Le Comité rappelle en outre que le système de sécurité sociale doit couvrir un pourcentage significatif de la population active pour ce qui concerne les prestations servies en remplacement des revenus, à savoir les prestations de maladie, de maternité, de chômage, les pensions et les prestations servies en cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé quel était le taux de couverture contre chacun de ces risques. Il constate que le rapport ne contient pas ces informations. Le Comité estime par conséquent qu'il n'a pas été établi que le régime de sécurité sociale couvre un nombre suffisant de personnes.

Caractère suffisant des prestations

Dans sa précédente conclusion, le Comité a jugé qu'il n'avait pas été établi que le montant minimum des prestations de sécurité sociale soit suffisant.

Concernant les allocations de chômage, le Comité renvoie à sa précédente conclusion pour une description du système d'assurance chômage dans toutes les entités. Le Comité a précédemment jugé la situation non conforme à l'article 12§1 de la Charte au motif que la durée de service des allocations (trois mois pour cinq années de cotisation) était trop courte (Conclusions 2017). Le Comité note d'après le rapport que l'allocation chômage est toujours servie pendant trois mois pour une période de cotisation pouvant aller jusqu'à cinq ans, dans toutes les entités. Il réitère par conséquent son précédent constat de non-conformité pour ce motif.

S'agissant des prestations maladie, le Comité renvoie également à sa précédente conclusion pour une description du système d'assurance maladie. En outre, le Comité note d'après le rapport que, concernant le montant des prestations de maladie, en Fédération de Bosnie-Herzégovine, ce montant ne peut être inférieur au salaire minimum. En Republika Srpska, conformément à l'article 131 de la loi sur le travail, l'indemnité salariale pour incapacité temporaire de travail due à un accident du travail ou à une maladie professionnelle représente 100 % du salaire moyen touché par le salarié au cours de la période précédente ou le salaire que le salarié aurait gagné en travaillant.

Dans ses précédentes conclusions (Conclusions 2013 et 2017), le Comité a rappelé que, lorsque l'indicateur de risque de pauvreté établi par Eurostat n'est pas disponible, il utilise la valeur monétaire du seuil de pauvreté pour apprécier le caractère suffisant des prestations et juge la situation conforme à la Charte lorsque le montant minimum des prestations servies en remplacement des revenus (vieillesse, maladie et chômage) n'est pas inférieur au seuil de pauvreté.

Le Comité note à cet égard d'après le rapport qu'en Fédération de Bosnie-Herzégovine, conformément à la convention collective générale adoptée pour le territoire de la Fédération, le montant du salaire minimum net a été fixé à 406,56 BAM. En Republika Srpska, conformément à l'article 127 de la loi sur le travail, le salaire minimum est déterminé par le gouvernement de la Republika Srpska sur proposition du Conseil économique et social. Le gouvernement de la Republika Srpska a adopté la décision sur le salaire minimum pour 2020 et fixé son montant à 520 BAM. Dans le District de Brčko, en 2019, le salaire moyen était de 870 BAM.

Le Comité note que le rapport fournit des informations incomplètes sur le montant du salaire minimum dans les différentes entités. Il ne donne pas non plus d'informations concernant le montant minimum des prestations de sécurité sociale et la valeur monétaire du seuil de pauvreté. En l'absence de telles informations, le Comité considère qu'il n'a pas été établi que le montant minimum des prestations de sécurité sociale soit suffisant.

Conclusion

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

- il n'est pas établi que le régime de sécurité sociale couvre un nombre suffisant de personnes ;
- il n'est pas établi que le montant minimum des prestations de sécurité sociale soit suffisant ;
- la durée de service des allocations de chômage pour une période de cotisation pouvant aller jusqu'à cinq ans est trop courte, dans toutes les entités.

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 2 - Maintien d'un régime de sécurité sociale à un niveau satisfaisant, au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Bosnie-Herzégovine.

Le Comité rappelle que l'article 12§2 oblige les Etats à maintenir un régime de sécurité sociale à un niveau au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale. Celui-ci requiert l'acceptation d'un plus grand nombre de parties que la Convention n° 102 de l'OIT concernant la sécurité sociale (norme minimum), soit au moins six des parties II à X du Code (étant entendu que la partie II, soins médicaux, compte pour deux et la partie V, prestations de vieillesse, compte pour trois parties).

Le Comité note que la Bosnie-Herzégovine n'a pas ratifié le Code européen de sécurité sociale. Par conséquent, ne pouvant prendre en considération les résolutions du Comité des Ministres sur l'application du Code européen de sécurité sociale par les Etats liés par ce Code, il lui faut faire sa propre appréciation.

Le Comité relève que la Bosnie-Herzégovine a ratifié la Convention n° 102 de l'OIT et en a accepté les parties II à VI, VIII et X qui concernent les soins médicaux (II), les indemnités de maladie (III), les prestations de chômage (IV), les prestations de vieillesse (V), les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles (VI), les prestations de maternité (VIII) et les prestations de survivants (X). La partie VI a toutefois cessé de s'appliquer suite à la ratification par la Bosnie-Herzégovine de la Convention n° 121 de l'OIT sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Le Comité rappelle que pour déterminer si un régime de sécurité sociale est maintenu à un niveau au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale, il apprécie les informations relatives aux branches couvertes (risques couverts), au champ d'application personnel et au niveau des prestations versées.

A cet égard, le Comité renvoie à sa conclusion précédente relative à l'article 12§1 (Conclusions 2017) dans laquelle il avait noté que le système de sécurité sociale continuait de couvrir toutes les branches traditionnelles (soins médicaux, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles, famille, maternité, invalidité et survivants).

En ce qui concerne le champ d'application personnel, le Comité se réfère à sa conclusion du présent cycle d'examen relative à l'article 12§1, selon laquelle il n'est pas établi que le régime de sécurité sociale couvre un nombre suffisant de personnes.

Enfin, le Comité rappelle avoir estimé qu'il n'est pas établi que les montants minimums des prestations de sécurité sociale et des pensions de retraite soient d'un niveau suffisant (Conclusions 2021 relatives respectivement à l'article 12§1 et à l'article 23). Il a en outre considéré que la durée de versement des allocations de chômage est trop courte pour les personnes ayant cotisé jusqu'à cinq ans, dans toutes les entités (Conclusion 2021 relative à l'article 12§1) et que les prestations de maternité ne sont pas suffisantes dans certaines parties du pays (Conclusion 2019 relative à l'article 8§1).

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Bosnie-Herzégovine n'est pas conforme à l'article 12§2 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que la Bosnie-Herzégovine maintienne un régime de sécurité sociale à un niveau satisfaisant, au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale.

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

Paragraphe 1 - Assistance appropriée pour toute personne en état de besoin

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Bosnie-Herzégovine.

Le Comité note qu'aux fins du présent rapport, les États ont été invités à répondre aux questions ciblées spécifiques posées aux États pour cette disposition (questions incluses dans l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, par laquelle le Comité a demandé un rapport sur la mise en œuvre de la Charte en ce qui concerne les dispositions relevant du groupe thématique " Santé, sécurité sociale et protection sociale ") ainsi qu'aux conclusions antérieures de non-conformité ou d'ajournement.

Par conséquent, il se concentrera sur les réponses du gouvernement aux questions ciblées, à savoir les réponses aux mesures prises pour veiller à ce que le droit à l'assistance sociale et médicale soit respecté et aux précédents constats de non-conformité et décisions d'ajournement.

Le Comité souhaite souligner qu'il prendra note des informations fournies en réponse à la question relative à la covid-19 à titre d'information uniquement, car elles concernent des développements en dehors de la période de référence (à savoir, après le 31 décembre 2019). En d'autres termes, les informations mentionnées dans la section covid-19 ne seront pas évaluées aux fins de la conformité à la Charte dans le cadre du cycle de rapport actuel.

La conclusion précédente considérait que la situation en Bosnie-Herzégovine n'était pas conforme à l'article 13§1 de la Charte au motif qu'il n'avait pas été établi qu'une assistance médicale appropriée était fournie à toutes les personnes dans le besoin dans toutes les Entités, de même qu'il n'avait pas été établi que le niveau de l'assistance sociale versée à une personne seule sans ressources était adéquat.

Cadre juridique général, types de prestations et critères d'éligibilité

Le Comité relève dans le rapport plusieurs éléments d'information.

En ce qui concerne les conditions de l'examen des ressources pour avoir droit à l'allocation permanente d'aide sociale, il n'y a pas d'harmonisation dans la législation. Dans la **Fédération de Bosnie-et-Herzégovine**, la loi définit les personnes assurées. Selon la loi sur l'assurance maladie, il existe plusieurs groupes d'assurés. La loi détermine également les débiteurs des cotisations d'assurance maladie pour chacune des catégories d'assurés énumérées. Si une personne n'est pas assurée, les soins médicaux d'urgence sont fournis. Le rapport indique en outre qu'une aide financière permanente et d'autres aides matérielles, dans les conditions suivantes : 1. qu'elles sont incapables de travailler, c'est-à-dire empêchées d'exercer le droit au travail ; 2. qu'elles ne disposent pas de revenus suffisants pour subvenir à leurs besoins et 3. qu'elles n'ont pas de membres de leur famille qui sont légalement tenus de les soutenir ou, si elles en ont, que ces personnes ne sont pas en mesure d'exécuter l'obligation de soutien. L'aide financière permanente est déterminée par un montant mensuel égal à la différence entre tous les revenus des membres du ménage et le montant du revenu le plus bas du ménage qui est considéré comme suffisant pour subvenir aux besoins. Le règlement cantonal détermine les montants de l'aide financière permanente et de la compensation financière pour l'assistance et les soins, ainsi que les revenus qui sont pris en compte pour déterminer le montant de cette aide et de cette compensation.

Le rapport comprend des informations assez détaillées sur les cantons. Le Comité constate, au vu de toutes ces informations, que l'accès à l'aide sociale et le niveau de l'allocation varient selon les cantons et ne sont pas les mêmes pour tous les bénéficiaires.

Dans la Republika Srpska, la protection sociale est assurée aux personnes lorsqu'elles se trouvent dans une situation de besoin social et qu'elles prennent les mesures nécessaires

pour prévenir l'apparition et l'élimination des conséquences d'une telle situation. Elle est financée par les recettes publiques prévues dans le budget de la Republika Srpska et des unités locales d'autonomie. L'aide sociale peut être demandée par un individu qui est inapte au travail, qui n'a pas de revenu propre ou dont le revenu total de soutien est inférieur au niveau d'aide financière défini par la loi pertinente, qui n'a pas d'espace de vie excédentaire, qui n'a pas d'autres biens pour générer des fonds pour le soutien, qui n'a pas de personnes tenues de fournir une allocation d'entretien en vertu de la loi sur la famille de la Republika Srpska ou si ces personnes ne sont pas en mesure de fournir une allocation d'entretien en raison de leur statut de handicapé ou d'une inaptitude objective à travailler ou à fournir une telle allocation.

Le **District de Brčko de BIH** fournit à toutes les personnes en état de besoin social une assistance médicale (santé) appropriée et leur accorde des fonds budgétaires annuels pour le paiement des cotisations à l'assurance maladie de base. Un droit à l'aide financière permanente peut être revendiqué par une personne assurée aux conditions suivantes : a) résider dans la zone du district pendant au moins deux années consécutives jusqu'à la date de dépôt de la demande ; b) être inapte au travail ; c) n'avoir aucune source de revenus ; d) ne pas avoir de parents légalement tenus de fournir une allocation d'entretien ou, si de tels parents existent, qu'ils ne sont pas en mesure de fournir une telle allocation ; e) ne pas être en possession d'un terrain de plus de 2 000 m², et f) ne pas être en possession de plus d'une unité résidentielle.

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 13, le système d'assistance doit être universel en ce sens que les prestations doivent être versées à "toute personne" au seul motif qu'elle est dans le besoin. En vertu de l'article 13, l'assistance sociale doit être fournie comme un droit subjectif de toute personne sans ressources. Le texte de l'article 13§1 établit clairement que ce droit à l'assistance sociale prend la forme d'un droit individuel d'accès à l'assistance sociale dans les cas où la condition fondamentale d'éligibilité est satisfaite, ce qui se produit lorsqu'aucun autre moyen d'atteindre un niveau de revenu minimum compatible avec la dignité humaine n'est disponible pour cette personne.

Le Comité note dans le rapport que l'assistance sociale n'est pas fournie dans toutes les Entités comme un droit subjectif d'une seule personne, mais qu'elle est souvent liée à la capacité ou non de travailler ou à d'autres conditions et non au seul motif qu'elle est sans ressources et ne peut obtenir des ressources suffisantes par aucun autre moyen. Il considère donc que la situation n'est pas conforme à la Charte à cet égard.

En ce qui concerne l'accès aux soins médicaux, dans la **Fédération de Bosnie-Herzégovine**, conformément à la loi sur les soins de santé, toute personne a droit à des soins de santé. La loi sur l'assurance maladie détermine que le droit à l'assurance maladie obligatoire peut être revendiqué par les personnes employées et les autres personnes exerçant certaines activités ou ayant un certain statut défini par cette loi. Dans des cas exceptionnels, il existe également un paquet de soins de santé pour les personnes non assurées qui sont des citoyens de Bosnie-Herzégovine résidant sur le territoire de la FBiH. Au niveau cantonal, le paquet de soins de santé de base peut être encore plus étendu. Dans le **district de Brčko** de Bosnie-Herzégovine, le droit aux soins de santé est garanti à tous les citoyens conformément à la loi sur les soins de santé et à la loi sur l'assurance maladie. Il en va de même pour les droits des citoyens étrangers et des personnes sans nationalité en matière de soins de santé, conformément aux réglementations en vigueur.

La Republika Srpska n'a pas répondu de manière pertinente à la question de savoir si les citoyens d'une entité de Bosnie-Herzégovine qui cherchent à obtenir des services de santé dans une autre entité de Bosnie-Herzégovine ont droit à des soins de santé au même niveau que les citoyens de cette entité ou s'ils ont uniquement droit à un traitement médical d'urgence gratuit. Dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine, la Loi sur les soins de santé est le principe d'équité des soins de santé qui interdit la discrimination dans la prestation des services de soins de santé en fonction de la race, du sexe, de la nationalité, du milieu social,

etc. Dans le district de Brčko en Bosnie-Herzégovine, la loi sur les soins de santé (c'est-à-dire son article 8) prévoit des soins médicaux d'urgence gratuits pour tous les citoyens, y compris ceux des entités d'État. L'accès aux soins de santé au niveau national est assuré conformément à l'accord sur la manière et la procédure d'utilisation des soins de santé sur le territoire de la Bosnie-Herzégovine et en dehors des entités étatiques.

Dans sa précédente conclusion, le Comité avait considéré qu'il n'y avait aucune preuve que l'assistance médicale était fournie à toutes les personnes sans ressources dans toutes les Entités au même niveau que leurs propres résidents, ou si elles ne pouvaient obtenir que des soins d'urgence gratuits. Par conséquent, le Comité a estimé que la situation n'était pas conforme à la Charte.

Au vu des informations communiquées, le Comité constate qu'il n'est pas établi que toutes les Entités garantissent une assistance médicale à toutes les personnes sans ressources. Il réitère donc sa conclusion de non-conformité au motif qu'il n'a pas été établi qu'une assistance médicale appropriée est fournie à toutes les personnes dans le besoin dans toutes les Entités.

Niveaux de prestations

Le Comité prend note des informations détaillées concernant les dépenses de protection sociale, notamment le nombre de bénéficiaires ainsi que les fonds alloués par les gouvernements locaux. Pour évaluer le niveau d'assistance sociale pendant la période de référence, le Comité prend note des informations suivantes :

-Les prestations de base et complémentaires : le rapport fournit des informations concernant le montant des bénéficiaires entre 2016 et 2019 dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine (9217 en 2019). Le rapport n'établit pas le montant moyen reçu par bénéficiaire, mais fait référence aux montants reçus dans chaque canton par un seul bénéficiaire, qui varient de 81 à 149,5 BAM (41,38 € à 76,38 €). En Republika Spaska, on comptait 48921 bénéficiaires en 2018. Le montant moyen de l'aide sociale reçue par une personne seule était de 135,9 BAM (69 €) et le salaire moyen était de 906 BAM (463 €) . Aucune information n'a été fournie à cet égard par le district de Brčko. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur les valeurs monétaires de toutes les prestations d'aide sociale et pour toutes les Entités.

-Seuil de pauvreté : le Comité rappelle que pour évaluer la situation au titre de cette disposition, il a besoin d'informations concernant le seuil de pauvreté, défini comme étant 50 % du revenu équivalent médian. Le rapport indique que la Bosnie-Herzégovine n'a pas de seuil de pauvreté officiel ni de processus systématique d'analyse de ce segment. Dans son enquête sur la consommation des ménages, l'agence statistique de Bosnie-Herzégovine publie un ensemble de base d'indicateurs de pauvreté alignés sur les normes européennes. Cette enquête a été publiée en 2004, 2007 et étendue en 2011. Cependant, il n'existe toujours pas d'approche systématique pour suivre tous les indicateurs clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale conformément aux exigences d'Eurostat. En l'absence de cet indicateur, le Comité demande que le prochain rapport fournisse ces informations.

Le Comité considère qu'en l'absence de toute information concernant les montants des prestations d'aide sociale versées à une personne seule sans ressources et le seuil de pauvreté, il n'a pas été établi que le niveau d'aide sociale est suffisant. Par conséquent, la situation n'est pas conforme à la Charte.

Droit de recours et aide judiciaire

Le Comité a demandé dans sa conclusion précédente des informations concernant le droit d'appel contre les décisions des institutions de soins sociaux. Le Comité a demandé si les organes de révision sont habilités à juger l'affaire sur le fond et pas seulement sur des points de droit. Selon le rapport, dans la FBiH, les centres de protection sociale sont les organes

de première instance qui décident des droits à l'aide sociale. Les organes de deuxième instance sont les tribunaux cantonaux. Selon les articles 230 à 245 de la loi sur la procédure administrative, outre les questions de procédure, l'organe de deuxième instance statue également sur le fond. En ce qui concerne la Republika Srpska, chaque décision des institutions de soins sociaux peut faire l'objet d'une plainte auprès de l'organe de deuxième instance, qui est le ministère de la santé et de la protection sociale. La plainte contre la décision de l'organe de première instance est tranchée par le ministre et, dans certains cas, il statue également sur le fond. En ce qui concerne le district de Brčko, une plainte peut être déposée par un assuré contre les décisions de l'organe de première instance. Cette plainte peut être déposée auprès de la commission d'appel du district de Brčko de BIH ou auprès de la commission de deuxième instance auprès du Fonds d'assurance maladie du district de Brčko, selon l'objet de l'affaire. Ces organes peuvent statuer sur le fond et sur les questions de procédure.

Le Comité demande au prochain rapport de fournir des informations actualisées sur les affaires relatives à l'assistance sociale et médicale et en particulier sur l'existence d'un recours devant un tribunal contre la décision du ministre en Republika Srpska.

Champ d'application personnel

Les questions spécifiques posées en relation avec l'article 13§1 cette année n'incluent pas une évaluation de l'assistance aux ressortissants des Etats parties résidant légalement sur le territoire. Par conséquent, cette question particulière ne sera évaluée que s'il y a eu une demande d'information ou une non-conformité dans le cycle précédent.

Ressortissants étrangers résidant légalement sur le territoire

Dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé si les autorités du pays sont autorisées à retirer un permis de séjour au seul motif que la personne concernée est sans ressources et incapable de subvenir aux besoins de sa famille.

Le Comité rappelle également qu'en vertu de la Charte, les ressortissants des Etats parties résidant légalement sur le territoire ne peuvent être rapatriés au seul motif qu'ils sont dans le besoin. Une fois que la validité du permis de séjour et/ou de travail a expiré, les Parties n'ont plus d'obligation envers les étrangers couverts par la Charte, même s'ils sont dans un état de besoin. Toutefois, cela ne signifie pas que les autorités d'un pays sont autorisées à retirer un permis de séjour au seul motif que la personne concernée est sans ressources et incapable de subvenir aux besoins de sa famille.

Le rapport ne fournit aucune information sur ce point et le Comité réitère sa question. Il fait remarquer que si ces informations ne sont pas fournies, rien ne permettra d'établir que la situation en Bosnie-Herzégovine est conforme à la Charte à cet égard.

Ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire

Le Comité rappelle que les personnes en situation irrégulière doivent avoir un droit juridiquement reconnu à la satisfaction des besoins matériels fondamentaux de l'homme (nourriture, vêtements, logement) dans les situations d'urgence pour faire face à un état de besoin urgent et grave. De même, il appartient aux États de veiller à ce que ce droit soit rendu effectif également dans la pratique (Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) c. Pays-Bas, réclamation n° 86/2012, décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014, §187).

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé si les autorités nationales sont autorisées à retirer un permis de séjour au seul motif que la personne concernée est sans ressources et incapable de subvenir aux besoins de sa famille. Le rapport ne fournit aucune information à cet égard. Le Comité réitère sa question. Il considère que si ces informations ne sont pas fournies, rien ne permettra d'établir que la situation en Bosnie-Herzégovine est conforme à la Charte à cet égard.

Assistance médicale et sociale pendant la pandémie de la covid-19

Le rapport ne fournit aucune information sur ce point. Le Comité demande au prochain rapport de fournir des informations spécifiques sur les mesures prises pour garantir l'accès à l'assistance médicale et sociale pendant la pandémie de la covid-19.

Conclusion

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

- l'assistance sociale n'est pas fournie dans toutes les Entités à toute personne seule au seul motif qu'elle est sans ressources et ne peut obtenir des ressources suffisantes par aucun autre moyen ;
- il n'est pas établi qu'une assistance médicale appropriée soit fournie à toutes les personnes dans le besoin dans toutes les Entités ;
- il n'est pas établi que le niveau de l'aide sociale versée à une personne seule sans ressources soit adéquat.

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

Paragraphe 2 - Non-discrimination dans l'exercice des droits sociaux et politiques

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Bosnie-Herzégovine.

Le Comité rappelle qu'aux fins du présent rapport, les États ont été invités à répondre à des questions ciblées, ainsi que, le cas échéant, à des conclusions antérieures de non-conformité ou d'ajournement (voir l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, par laquelle le Comité a demandé un rapport sur la mise en œuvre de la Charte en ce qui concerne les dispositions relevant du groupe thématique « Santé, sécurité sociale et protection sociale »). Toutefois, aucune question ciblée n'a été posée au regard de l'article 13§2 de la Charte.

Le Comité rappelle que l'Article 13§2 de la Charte concerne la prohibition de discrimination des personnes recevant de l'assistance sociale et médicale dans l'exercice des droits sociaux et politiques. Dans sa précédente conclusion sur la Bosnie-Herzégovine en 2017, le Comité a demandé si les dispositions consacrant le principe d'égalité et interdisant la discrimination dans l'exercice des droits politiques ou sociaux sont interprétées dans la pratique de manière à prévenir la discrimination fondée sur la réception d'une aide sociale ou médicale dans toutes les entités.

Le rapport indique qu'il n'y a aucune restriction dans la pratique pour les bénéficiaires de l'aide sociale dans l'accès à leurs droits sociaux et politiques. Dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine (FBiH), la loi sur les principes fondamentaux de la protection sociale, la protection des victimes civiles de la guerre et la protection des familles avec enfants de la FBiH (Journal officiel de la FBiH, 36/99, 54/04, 39/06 14/09, 45/16 et 40/18) stipule que les institutions de protection sociale de la FBiH, dans le cadre de leurs activités, ne peuvent établir aucune restriction concernant l'appartenance territoriale, nationale, religieuse, politique ou autre des bénéficiaires de ces institutions (race, couleur de peau, sexe, langue, origine sociale, etc.). Par conséquent, en matière de protection sociale, toute forme de discrimination est interdite. En Republika Srpska, il n'y a pas de restrictions dans la pratique pour les bénéficiaires de l'aide sociale et la discrimination est interdite. Chaque bénéficiaire exerce les droits de la protection sociale dans les mêmes conditions et les mêmes critères s'appliquent à tous. Quant au district de Brčko de Bosnie-Herzégovine, la loi sur la protection sociale du district de Brčko de Bosnie-Herzégovine régit les principes de protection des personnes âgées, des personnes faibles et des autres personnes en état de besoin social, l'étendue minimale des droits à certaines formes de protection sociale et les conditions de leur réalisation. Aux fins de cette loi, la protection sociale est une activité organisée visant à combattre et à éliminer les causes et les conséquences de l'état de besoin social dans tous les domaines de la vie sociale et du travail et à fournir une assistance aux citoyens et à leurs familles lorsqu'ils se trouvent dans de telles circonstances.

Le rapport indique en outre que la discrimination est interdite. Les droits de protection sociale peuvent être exercés par une personne à condition de résider dans la zone de l'unité locale d'autonomie dans laquelle elle cherche à exercer ses droits, à l'exception des personnes qui se trouvent dans des circonstances particulières, et par des ressortissants étrangers résidant légalement dans les entités, qui n'exercent pas ledit droit dans d'autres systèmes de sécurité sociale ou qui se trouvent dans l'état de nécessité sociale en raison de leur condition matérielle, sociale ou psychosociale.

Dans la FBiH, l'un des principes fondamentaux de la loi sur les soins de santé est le principe de l'équité des soins de santé. Les règlements de santé ont réglementé la procédure de plainte des bénéficiaires des services de santé dans les cas où ils estiment que ceux-ci violent l'un des droits garantis, ou sont discriminés pour quelque motif que ce soit. En règle générale, ce ministère est un organe de deuxième niveau dans la procédure d'appel, et ne résout que les cas qui se trouvent dans la procédure de deuxième niveau, c'est-à-dire

lorsque les bénéficiaires des services de santé ne sont pas satisfaits des décisions de premier niveau. Il n'existe cependant pas de base de données permettant de répondre à la question de son efficacité.

Dans la Republika Srpska, le rapport indique les mêmes informations et précise qu'il n'existe aucune restriction dans la pratique pour les bénéficiaires de l'aide sociale et que la discrimination est interdite.

Il n'y a pas d'informations concernant le droit de vote et il n'y a pas d'informations spécifiques sur les critères appliqués dans la pratique pour garantir que l'exercice des droits politiques ou sociaux est interprété de manière à prévenir la discrimination sur la base de la réception d'une assistance sociale ou médicale dans toutes les entités et en toutes circonstances. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations concrètes sur cette question. Entre-temps, il considère que la situation est conforme à la Charte.

Conclusion

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

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

Paragraphe 3 - Prévention, abolition ou allègement de l'état de besoin

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Bosnie-Herzégovine.

Il rappelle que l'article 13§3 concerne les services gratuits de conseils et d'aide personnelle nécessaires pour prévenir, supprimer ou alléger l'état de besoin d'ordre personnel et d'ordre familial. Il rappelle également qu'aux fins du présent examen, il a été demandé aux États de répondre à des questions ciblées (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. Cependant, aucune question ciblée n'a été posée au titre de l'article 13§3 de la Charte de 1961.

Le Comité a précédemment rappelé que, lorsqu'il examine les situations nationales au regard de cette disposition, il vérifie en particulier s'il existe des mécanismes permettant aux personnes dans le besoin de bénéficier gratuitement de services de conseils et d'aide personnelle et si les services et organismes compétents sont bien répartis sur le territoire. En l'absence d'informations sur d'éventuels services sociaux spécifiques de conseils et d'aide en faveur des personnes ne disposant pas de ressources suffisantes dans l'ensemble des entités, le Comité a précédemment considéré (Conclusions 2017) que l'existence de tels services n'était pas établie.

Le rapport indique en réponse que, dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine, les services relevant du domaine d'activité des organismes de protection sociale, en particulier des centres d'action sociale et des services municipaux compétents actifs dans toutes les communes/villes de la Fédération, comprennent la fourniture gratuite de conseils et d'aide professionnelle à des individus, des familles et des groupes de citoyens. Ces services sont également proposés dans la Fédération par le secteur non gouvernemental ou par les associations de protection sociale. D'après le rapport, le nombre de bénéficiaires a augmenté pendant la période de référence (217 772 en 2018). Le Comité souhaite savoir quelle distance moyenne et quelle distance maximale un bénéficiaire potentiel doit parcourir pour se rendre dans les locaux de l'organisme compétent lorsqu'il a besoin de conseils ou d'une aide. Le Comité demande également si la couverture géographique a été étendue avec la hausse du nombre de bénéficiaires.

En Republika Srpska, les services de conseils peuvent être fournis par le Centre d'action sociale, un organisme de protection sociale, une organisation non gouvernementale et un professionnel indépendant dans le domaine de la protection sociale, à condition qu'ils possèdent un espace dédié et les qualifications professionnelles nécessaires. La Republika Srpska compte 50 centres d'action sociale et 13 services de protection sociale. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations plus complètes, comme demandé ci-dessus, sur la répartition géographique des services.

Aucune information n'a été fournie en ce qui concerne la situation dans le District de Brcko.

Le Comité rappelle qu'il a besoin d'informations complètes pour déterminer s'il existe des mécanismes permettant aux personnes dans le besoin de bénéficier gratuitement de services de conseils et d'aide personnelle, et pour évaluer l'efficacité de ces mécanismes. Les informations fournies sont incomplètes et ne permettent pas de se faire une idée précise de la situation. En conséquence, le Comité renouvelle ses demandes et, entretemps, maintient sa conclusion de non-conformité.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Bosnie-Herzégovine n'est pas conforme à l'article 13§3 de la Charte aux motifs qu'il n'est pas établi que :

- il existe des mécanismes permettant aux personnes dans le besoin de bénéficier gratuitement de services de conseils et d'aide personnelle ;
- organismes compétents soient bien répartis sur le territoire.

Article 14 - Droit au bénéfice des services sociaux

Paragraphe 1 - Encouragement ou organisation des services sociaux

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Bosnie-Herzégovine.

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 ajourné sa précédente conclusion (Conclusions 2017). Il a indiqué, en particulier, que les informations fournies ne permettaient pas d'évaluer la répartition géographique des services sociaux. Il a rappelé que le droit aux services sociaux devait être garanti en droit et en fait et que l'accès égal et effectif aux services sociaux impliquait aussi que la couverture géographique de ces services soit suffisamment large. Le Comité demande une nouvelle fois ces informations et précise que dans l'hypothèse où elles ne seraient pas fournies, la conformité avec l'article 14§1 de la Charte ne pourra pas être établie.

Le Comité relève dans le rapport que la situation diffère au niveau de l'État et aux niveaux infra-étatiques de gouvernement (à savoir la Fédération de Bosnie-Herzégovine, la Republika Srpska et le District de Brčko). Le rapport précise qu'en 2016 et 2017, il existait 59 centres de protection sociale dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine, 46 en Republika Srpska et un dans le District de Brčko (soit un total de 106 centres de protection sociale en Bosnie-Herzégovine). En 2018, le nombre de centres de protection sociale a été porté à 66 dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine et à 50 en Republika Srpska (soit un total de 117 centres de protection sociale avec celui du District de Brčko). Afin de se faire une idée plus précise de la situation, le Comité demande que le prochain rapport fournisse des données sur le nombre de bénéficiaires couverts par chaque centre dans les régions respectives et qu'il indique si tous les citoyens peuvent accéder à des services de protection sociale à une distance raisonnable. Il prend note à cet égard de la recommandation formulée par le Haut-Commissaire des Nations-Unies aux droits de l'homme, invitant à remédier aux disparités existant entre les différentes entités de Bosnie-Herzégovine dans les niveaux d'accès à la protection sociale et aux services sociaux et demande que le gouvernement revienne sur ce point (voir "The state of application of the provisions for social security of the international treaties on social rights", ILO Technical Note : Bosnia and Herzegovina / International Labour Office. Geneva : ILO, 2016). Le rapport ajoute que la Republika Srpska compte 50 centres d'action sociale et 13 services de protection sociale. Le Comité demande que le prochain rapport explique quelles sont les différences entre les centres de protection sociale, les centres d'action sociale et les services de protection sociale. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2017), le Comité a également réitéré sa demande d'informations sur les effectifs et les qualifications du personnel et sur le ratio effectifs/usagers. Il a aussi demandé quels mécanismes étaient en place pour s'assurer du caractère adéquat des services (contrôle de la qualité) fournis par les organismes publics et privés et s'il existait un texte de loi sur la protection des données à caractère personnel (droit à la protection de la vie privée). Il a ajouté qu'en l'absence des informations demandées, rien ne permettrait d'établir que la situation soit conforme à l'article 14§1.

Le rapport précise qu'en Republika Srpska, un centre d'action sociale peut débiter ses activités s'il emploie au moins trois travailleurs qualifiés : un travailleur social diplômé, un juriste diplômé et un autre travailleur qualifié. De plus, les centres d'action sociale doivent respecter les critères minimums suivants : un travailleur social diplômé pour 7 000 habitants, un juriste diplômé pour 15 000 habitants, un psychologue diplômé pour 20 000 habitants, un défectologue diplômé pour 30 000 habitants, un pédagogue diplômé pour 30 000 habitants et un sociologue diplômé pour 150 000 habitants. Actuellement, le nombre total de travailleurs sociaux diplômés est de 373. Dans le District de Brčko, on dénombre 14 travailleurs sociaux, deux pédagogues, un psychologue, deux juristes, sept agents administratifs et deux agents techniques. [Le Comité demande que le prochain rapport précise si les mêmes règles s'appliquent aux centres de protection sociale, dans l'hypothèse où ils diffèrent des centres d'action sociale (voir la question ci-dessus).] Dans ce même district, les bénéficiaires des services sociaux étaient au nombre de 4 254. Aucune information n'a été fournie concernant la situation en Fédération de Bosnie-Herzégovine. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse les explications nécessaires pour pouvoir apprécier si les membres du personnel des services sociaux sont suffisamment nombreux et possèdent les qualifications requises pour répondre aux besoins des usagers, en précisant si des mesures sont prises ou envisagées en ce sens. À cet égard, il prend note des préoccupations exprimées dans la note d'information établie par la plateforme A Western Balkans Regional Initiative ("Country Brief: Social protection system in Bosnia and Herzegovina") concernant le manque de ressources organisationnelles, matérielles et humaines des services sociaux et la nécessité de renforcer les compétences professionnelles des prestataires de services. Il prend également note de l'observation formulée par le Haut-Commissaire des Nations-Unies aux droits de l'homme (voir la note technique citée ci-dessus) concernant les disparités existant dans les niveaux d'accès aux services sociaux entre les différentes entités et entre les cantons de la Fédération et de sa recommandation de veiller à ce que les centres de protection sociale soient suffisamment dotés en personnel afin d'assurer leur fonctionnement effectif. Enfin, le Comité renvoie au document d'orientation du Réseau IRIS (IRIS Network, "Development of social services at the local level in Bosnia and Herzegovina"), qui conclut que les capacités des centres d'action sociale de Bosnie-Herzégovine sont très faibles. En effet, alors qu'ils doivent faire face à un nombre croissant de bénéficiaires, ils ne disposent pas d'un nombre suffisant de travailleurs qualifiés et professionnels et leurs ressources sont limitées. Le Comité demande que le prochain rapport revienne sur ces observations. Il rappelle que les ressources des services sociaux doivent être à la hauteur de leurs responsabilités et suivre l'évolution des besoins des usagers, ce qui suppose, notamment, que leur personnel soit qualifié et suffisamment nombreux (Conclusions 2005, France). Afin de pouvoir apprécier pleinement la situation, des données chiffrées sont nécessaires concernant le nombre de membres du personnel et leurs qualifications, le montant des dépenses et le nombre de bénéficiaires, ventilés par type de service (ratio effectifs/usagers) dans toutes les entités de Bosnie-Herzégovine. En l'absence de ces informations, le Comité considère qu'il n'est pas établi que la qualité des services sociaux réponde aux besoins des usagers.

En ce qui concerne le contrôle du caractère adéquat des services, le rapport précise que la qualité des services est vérifiée à l'occasion d'inspections et de contrôles professionnels menés aussi bien auprès des services locaux de protection sociale que des associations et institutions publiques et privées. De plus, le ministère compétent de la Fédération de Bosnie-Herzégovine veille à la bonne application des lois et règlements adoptés sur la base de la

législation fédérale, contrôle les pratiques professionnelles des institutions établies par la Fédération et supervise et contrôle l'utilisation des financements alloués aux institutions de protection sociale. Le Comité considère que ces informations générales ne permettent pas de se faire une idée précise des mécanismes mis en place pour garantir la qualité des services sociaux fournis par les administrations centrales, les municipalités et les prestataires privés. Il lui faut des données sur les activités de contrôle entreprises, leur suivi et les conséquences du non-respect des normes établies. Dans ces conditions, le Comité n'est pas en mesure d'apprécier la situation de la Bosnie-Herzégovine au regard de l'article 14§1 de la Charte. Dans le même temps, il note que le Centre européen de recherche en politique sociale a conclu, dans son document d'orientation 2021/3 ("Monitoring the progress of the Western Balkan countries regarding the European Pillar of Social Rights") que les pratiques de contrôle devaient être renforcées dans la région, aussi bien au niveau national qu'au niveau local. Le Comité rappelle également que les usagers doivent disposer de moyens pour faire valoir leurs griefs et pouvoir saisir une instance indépendante dans les cas urgents de discrimination et d'atteinte à la dignité humaine (Conclusions XX-2 (2013), Luxembourg). Le rapport ne donnant aucune information sur les voies de recours disponibles, le Comité demande que le prochain rapport fournisse ces informations. Compte tenu des informations fournies, le Comité considère qu'il n'est pas établi qu'il existe en Bosnie-Herzégovine un mécanisme effectif pour vérifier le caractère adéquat des services.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé s'il existait une législation sur la protection des données à caractère personnel. Le rapport précise que la protection des données à caractère personnel est assurée conformément à la loi relative à la protection des données à caractère personnel de Bosnie-Herzégovine.

Aucune information n'a été fournie en réponse aux questions ciblées concernant la crise de la covid-19.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Bosnie-Herzégovine n'est pas conforme à l'article 14§1 de la Charte aux motifs qu'il n'est pas établi que :

- la qualité des services sociaux réponde aux besoins des usagers ;
- les mécanismes de contrôle visant à garantir la qualité des services sociaux fournis par les différents prestataires soient adéquats et effectifs.

Article 14 - Droit au bénéfice des services sociaux

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

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Bosnie-Herzégovine.

Il 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 réservé sa position sur plusieurs points, considérant qu'il avait besoin des informations suivantes pour pouvoir apprécier pleinement la situation :

- des données statistiques sur les subventions versées par le gouvernement central et par l'administration locale aux organisations bénévoles qui fournissent des services sociaux et une description des types d'aides pouvant être mises à disposition des organisations bénévoles, par exemple des avantages fiscaux ;
- quel type de mécanisme est chargé de contrôler la qualité des services fournis par les institutions publiques et privées dans les différentes entités ;
- comment le dialogue avec la société civile est assuré en ce qui concerne les services sociaux.

Le Comité a souligné 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 l'article 14§2. Le Comité relève dans le rapport que la situation diffère au niveau de l'État et aux niveaux infraétatiques de gouvernement (la Fédération de Bosnie-Herzégovine, la Republika Srpska et le District de Brčko).

Le rapport fournit des informations sur les subventions versées pendant la période de référence dans sept sur dix cantons de la Fédération de Bosnie-Herzégovine, qui étaient comprises, selon les cantons, entre 10 000 BAM (5 000 €) et 195 200 BAM (99,600 €). Des ONG, soutenues par les budgets cantonaux, développent et fournissent des services non institutionnels de protection sociale qui ne sont pas assurés par les institutions publiques, tels que : foyers pour femmes victimes de violence, centres d'accueil de jour pour enfants et jeunes handicapés, centres d'accueil de jour pour personnes âgées, services de logement pour personnes handicapées, aide et soins à domicile, emploi, défense des droits des groupes marginalisés, services de conseil, réinsertion, assistance psychosociale et éducation. Aucune information n'a été fournie concernant les autres entités de la Fédération. De plus, le rapport n'indique pas de quelles autres formes de soutien pourraient bénéficier les organisations bénévoles (par exemple, avantages fiscaux). Le Comité prend note à cet égard des observations formulées par le Réseau IRIS dans son document d'orientation de

2015 sur le développement des services sociaux au niveau local en Bosnie-Herzégovine, selon lesquelles la coopération avec les partenaires (ONG, secteur privé) dans le domaine de la fourniture de services sociaux est sporadique et fondée sur la répartition formelle des tâches, qui est conditionnée par la nécessité de pallier le manque de ressources du système public. Le rapport n'indique pas non plus si la participation des usagers aux services sociaux est encouragée et sous quelle forme. Le Comité relève dans le document susmentionné du Réseau IRIS (voir ci-dessus) que les centres d'action sociale n'ont pas la capacité de mener des recherches sur les besoins des usagers. Il demande que le prochain rapport explique si ces observations sont toujours d'actualité. Le Comité renouvelle sa demande d'informations complètes, tout en considérant qu'il n'est pas établi que la situation soit conforme à l'article 14§2 de la Charte sur ces points.

En réponse à la question du Comité sur les mécanismes de contrôle, le rapport précise qu'en République de Bosnie-Herzégovine, la qualité des services fournis par les institutions publiques et privées est vérifiée à l'occasion d'inspections et de contrôles professionnels. Le Comité considère que ces informations générales ne permettent pas de se faire une idée précise des mécanismes mis en place pour garantir la qualité des services sociaux fournis par les organismes non gouvernementaux et les prestataires privés. Il lui faut des données sur les activités de contrôle entreprises, leur suivi et les conséquences d'un non-respect des normes établies, telles que les sanctions infligées. Le Comité rappelle également que ces informations devraient être fournies pour toutes les entités de Bosnie-Herzégovine. Il considère qu'il n'est pas établi que la situation soit conforme à l'article 14§2 de la Charte sur ce point.

En ce qui concerne le dialogue avec la société civile, le rapport précise qu'il est assuré par différents organes de coordination constitués de représentants des secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux. Le rapport met l'accent sur la coopération existant avec l'Association des travailleurs sociaux de la Fédération de Bosnie-Herzégovine, qui porte sur des activités importantes pour l'amélioration et la réforme de la protection sociale. Il existe aussi une coopération avec les associations de personnes handicapées qui, avec le ministère compétent, sont membres de l'organe de coordination chargé de contrôler et de mettre en œuvre les activités de la Stratégie pour l'amélioration des droits et du statut des personnes handicapées dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine et de rendre compte de ces activités. Là encore, le Comité considère que les informations fournies sont générales et limitées et ne permettent pas de se faire une idée précise de la situation. À cet égard, il prend note des préoccupations exprimées dans la note d'information de 2018 établie par la plateforme A Western Balkans Regional Initiative ("Country Brief : Social protection system in Bosnia and Herzegovina") selon lesquelles le partenariat entre les secteurs non gouvernementaux et gouvernementaux pour la prestation de services sociaux dans les collectivités locales existerait en droit, mais non en fait. Le Comité renouvelle sa demande d'informations et considère qu'il n'est pas établi que la situation soit conforme à l'article 14§2 en ce qui concerne le dialogue avec la société civile dans le domaine de la prestation de services sociaux.

Conclusion

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

- la participation des usagers aux services sociaux soit 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 ;
- un mécanisme soit chargé de contrôler la qualité des services fournis par les institutions publiques et privées dans les différentes entités ;
- le dialogue avec la société civile soit assuré en ce qui concerne les services sociaux.

Article 23 - Droit des personnes âgées à une protection sociale

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Bosnie-Herzégovine.

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.

Par conséquent, il se concentrera sur les réponses du gouvernement aux questions ciblées, à savoir les réponses relatives aux mesures prises pour veiller à ce que les droits économiques et sociaux des personnes âgées soient respectés, à la crise de la covid-19 et aux précédents constats de non-conformité et décisions d'ajournement.

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 ajourné sa précédente conclusion (Conclusions 2017).

Autonomie, inclusion et citoyenneté active

Cadre législatif

Le Comité rappelle que l'article 23 de la Charte exige des Parties qu'elles s'engagent à prendre ou à promouvoir, soit directement soit en coopération avec les organisations publiques ou privées, des mesures appropriées tendant notamment à permettre aux personnes âgées de demeurer le plus longtemps possible des membres à part entière de la société. L'expression « membres à part entière de la société » utilisée à l'article 23 signifie que les personnes âgées ne doivent souffrir d'aucune mise à l'écart de la société du fait de leur âge. Il faut reconnaître à toute personne, active ou retraitée, vivant en institution ou non, le droit de participer aux divers domaines d'activité de la société.

Le Comité tient dûment compte des définitions contemporaines de l'âgisme qui renvoient aux stéréotypes, préjugés et discriminations envers autrui ou soi-même fondés sur l'âge (voir par exemple le rapport de l'OMS sur l'âgisme, 2021, p. XIX). Comme l'a fait remarquer l'Organisation mondiale de la santé, l'âgisme a des conséquences graves et profondes sur la santé, le bien-être et les droits humains (OMS, 2021, p. XVI).

La crise de la covid-19 a mis en évidence des exemples de manque d'égalité de traitement des personnes âgées, comme dans le domaine des soins médicaux, où le rationnement de ressources rares (par exemple, les respirateurs) a parfois été basé sur des perceptions stéréotypées de la vulnérabilité et du déclin de la vieillesse.

L'égalité de traitement appelle une approche fondée sur la reconnaissance égale de la valeur de la vie des personnes âgées dans tous les domaines couverts par la Charte.

L'article 23 de la Charte exige l'existence d'un cadre juridique adéquat pour lutter contre la discrimination fondée sur l'âge dans une série de domaines au-delà de l'emploi, notamment dans l'accès aux biens, structures et services. La discrimination à l'encontre des personnes âgées en termes de jouissance des droits sociaux est également contraire à l'article E.

La Charte met globalement l'accent sur le recours aux droits sociaux pour renforcer l'autonomie individuelle et le respect de la dignité des personnes âgées et de leur droit à s'épanouir dans la société. Il faut pour cela s'engager à identifier et à éliminer les attitudes âgistes et les lois, politiques et autres mesures qui illustrent ou renforcent l'âgisme. Le

Comité estime que les États parties, outre l'adoption d'une législation globale interdisant la discrimination fondée sur l'âge, doivent prendre un large éventail de mesures pour combattre l'âgisme dans la société. Ces mesures devraient comprendre la révision (et, le cas échéant, la modification) de la législation et des politiques en matière de discrimination fondée sur l'âge, l'adoption des plans d'actions visant à assurer l'égalité des personnes âgées, la promotion d'attitudes positives à l'égard du vieillissement par le biais d'activités telles que des campagnes de sensibilisation à l'échelle de la société et la promotion de la solidarité intergénérationnelle.

L'article 23 exige par ailleurs que les États parties prévoient une procédure d'assistance à la prise de décision.

Le Comité a précédemment constaté que, si l'article 2 de la loi sur l'interdiction de la discrimination du 23 juillet 2009 ne se réfère pas expressément à l'âge parmi les motifs prohibés de discrimination, son libellé est tel qu'il peut inclure un tel motif. Il demande, dès lors, s'il existe une jurisprudence en matière de discrimination fondée sur l'âge en dehors de l'emploi qui protégerait les personnes âgées contre de telles discriminations (Conclusions 2017).

Le rapport ne fournit aucune information à ce sujet. Le Comité réitère sa demande d'informations et souligne que, dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte à cet égard.

S'agissant de l'assistance à la prise de décision des personnes âgées, le Comité a précédemment demandé si des garanties étaient prévues pour éviter qu'elles ne soient privées arbitrairement de la possibilité de prendre des décisions de manière autonome (Conclusions 2017).

Selon le rapport, en Republika Srpska, la législation prévoit la privation totale ou partielle de la capacité juridique, mais seul un tribunal peut prendre une telle décision.

Le code de la famille du District de Brčko de Bosnie-Herzégovine de 2007 contient des dispositions relatives à l'assistance à la prise de décision et des mesures de protection pour éviter toute privation arbitraire de la capacité juridique.

Aucune information n'est fournie en ce qui concerne la situation dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine.

Le Comité rappelle qu'une procédure légale nationale d'assistance à la prise de décision pour les personnes âgées est nécessaire pour garantir à ces dernières le droit de pouvoir décider par elles-mêmes. Les personnes âgées ne doivent pas être présumées incapables de prendre une décision au seul motif qu'elles présentent un problème de santé ou un handicap particulier.

Les États parties doivent prendre des mesures pour remplacer les régimes de prise de décision substituée par une prise de décision assistée, qui respecte l'autonomie, la volonté et les préférences de la personne. Celles-ci peuvent être formelles ou informelles.

Les personnes âgées peuvent avoir besoin d'assistance pour exprimer leur volonté et leurs préférences, de sorte qu'il faut faire appel à tous les moyens de communication – langage, images, signes, etc. – avant de tirer la conclusion qu'elles ne sont pas en mesure de prendre la décision en question par elles-mêmes.

Dans ce contexte, le cadre juridique national doit prévoir les garanties nécessaires pour éviter que les personnes âgées ne soient arbitrairement privées de la possibilité de prendre des décisions de manière autonome, même si leur capacité de prise de décision est réduite. Il faut veiller à ce que quiconque agit au nom d'une personne âgée s'immisce le moins possible dans ses souhaits et ses droits (Observation interprétative 2013).

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les procédures d'assistance à la prise de décision dans toutes les Entités.

Prévention de la maltraitance des personnes âgées

Le Comité a précédemment demandé des informations sur ce qui était fait pour mesurer l'ampleur du phénomène et sensibiliser à la nécessité d'en finir avec la maltraitance et la négligence des personnes âgées. Il a également demandé si des mesures législatives ou administratives étaient prévues dans ce domaine. Il a souligné que, dans l'hypothèse où le prochain rapport ne contiendrait pas les informations demandées, rien ne permettrait d'établir que la situation est en conformité avec la Charte sur ce point (Conclusions 2017).

D'après le rapport, des informations sont uniquement disponibles pour le District de Brčko. La loi relative à la protection contre les violences intrafamiliales dispose qu'une assistance spéciale doit être accordée, entre autres, aux personnes âgées.

Le Comité estime que les informations transmises sont insuffisantes ; par conséquent, il conclut qu'il n'a pas été établi que des mesures appropriées ont été prises pour lutter contre la maltraitance des personnes âgées.

Le Comité demande que des informations à jour figurent dans le prochain rapport sur les mesures prises pour lutter contre la maltraitance des personnes âgées (en dehors du contexte des soins en institution), comme les mesures de sensibilisation à la nécessité de mettre fin à la maltraitance et à la négligence des personnes âgées, ou toute mesure législative ou autre. Il demande également si des données ont été recueillies indiquant la prévalence de la maltraitance des personnes âgées.

Vie indépendante et soins de longue durée

Le Comité demande si des mesures ont été prises pour abandonner l'institutionnalisation des personnes âgées et adopter un modèle de soins et de prise en charge de longue durée au sein de la collectivité. Le Comité rappelle que l'article 23 dispose que des mesures doivent être prises pour permettre aux personnes âgées de mener une vie indépendante dans leur environnement familial. Le Comité estime que les personnes âgées nécessitant des soins de longue durée doivent pouvoir choisir leur milieu de vie. En particulier, cela exige des États qu'ils prennent des dispositions adéquates en faveur d'une vie autonome, notamment la mise à disposition de logements adaptés à leurs besoins et à leur état de santé, ainsi que les ressources et les aides nécessaires pour rendre cette vie la plus indépendante possible.

L'institutionnalisation est une forme de mise à l'écart, qui entraîne souvent une perte d'autonomie, de choix et d'indépendance. La pandémie de covid-19 a mis en lumière les lacunes des soins en institution. Le Comité renvoie à cet égard à sa Déclaration sur la Covid-19 et les droits sociaux (adoptée en mars 2021), dans laquelle il déclare qu'il est devenu encore plus important de permettre aux personnes âgées de rester dans leur environnement familial, comme l'exige l'article 23 de la Charte, compte tenu du risque accru de contagion dans les lieux de rassemblement que sont les maisons de retraite et autres établissements institutionnels et de séjour de longue durée. Il renvoie également à l'argument fondé sur les droits de l'homme en faveur d'un investissement dans la collectivité pour donner une réalité au droit à la vie en société, auquel s'ajoute désormais un argument de santé publique en faveur de l'abandon progressif des établissements résidentiels comme réponse aux besoins de soins de longue durée.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur les progrès accomplis pour proposer une prise en charge dans la collectivité ; il demande en particulier combien de personnes âgées résident dans des institutions – maisons de retraite – et quelles sont les tendances dans ce domaine.

Services et structures

Le Comité a précédemment demandé premièrement, si l'offre de services d'aide à domicile pour les personnes âgées répond à la demande, deuxièmement, pour ce qui concerne la Republika Srpska, comment s'opère le contrôle de la qualité des services et quelles possibilités ont les personnes âgées d'introduire une réclamation concernant les services en question, troisièmement, s'il existe d'éventuels services spécialement destinés aux patients souffrant de démence ou de la maladie d'Alzheimer, et, quatrièmement, s'il existe des structures culturelles, récréatives et éducatives accessibles aux personnes âgées.

S'agissant des mesures d'informations sur l'existence des services et structures disponibles, le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations à ce sujet (Conclusions 2017).

Le rapport indique qu'en Fédération de Bosnie-Herzégovine, les soins et services à domicile sont sous-développés. Le Projet « Soutien aux prestataires des services sociaux et amélioration des capacités de suivi en Bosnie-Herzégovine » (SOCEM) IPA 2011 a été mis en œuvre entre juillet 2015 et juillet 2017. Ce projet avait notamment pour but de soutenir le développement de centres sociaux en Bosnie-Herzégovine, avec une priorité sur l'amélioration de la protection des personnes âgées. Deux équipes mobiles pilote pour l'aide à domicile pour les personnes âgées ont été créées et des véhicules et équipements informatiques ont été achetés pour 12 centres sociaux dans les deux Entités. Certains cantons proposent aussi des services de soins à domicile. En Fédération de Bosnie-Herzégovine, il existe aussi des centres de jour pour les personnes âgées en bonne santé mais le rapport indique que ces centres ne font pas partie du système de protection sociale. Le Comité demande de plus amples informations sur la nature de ces centres.

En Republika Srpska, la loi relative à la protection sociale soumet le droit à l'aide à domicile à certaines conditions. De même, dans le District de Brčko, des soins et une assistance à domicile sont prévus pour les personnes âgées, en particulier la livraison de repas.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur l'éventail de services et structures mis à la disposition des personnes âgées, notamment les soins de longue durée, en particulier ceux qui leur permettent de demeurer des membres actifs au sein de leur collectivité et de rester chez elles. Il constate que, plus particulièrement en Fédération de Bosnie-Herzégovine, il semblerait que les services de soins à domicile soient sous-développés, il demande donc des informations sur les mesures prises pour améliorer ces services.

Il demande en outre des informations sur le coût de ces services et souhaite savoir s'il existe une offre suffisante de services de prise en charge, incluant les soins de longue durée, et s'il y a des listes d'attente pour accéder à ces services.

S'agissant des mécanismes de plaintes concernant ces services, le rapport indique que dans le District de Brčko, il y a une possibilité de porter plainte. Toutefois, aucune autre information n'est fournie sur les mécanismes de plaintes dans les entités. Le Comité demande une nouvelle fois que ces informations lui soient communiquées. Le Comité considère que si ces informations ne figurent pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Le rapport indique qu'en Fédération de Bosnie-Herzégovine, les membres de la famille qui s'occupent de leurs parents âgés ont droit à certaines prestations sociales et à une aide financière soumise à condition de ressources, mais en Republika Srpska, aucune aide financière n'est octroyée.

Le Comité demande quel soutien est mis à la disposition des aidants informels dans le District de Brčko et si, en Republika Srpska, une assistance autre que financière est disponible, comme les services d'aide temporaire.

S'agissant des informations sur les services et structures, le rapport déclare que dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine, des informations peuvent être trouvées sur les sites des

prestataires de services, par le biais des médias, des bulletins des centres locaux ou des ONG.

Le Comité constate que de nombreux services (et informations à propos de ces services) sont de plus en plus disponibles en ligne. Le passage au numérique offre des possibilités aux personnes âgées. Toutefois, les personnes âgées ont parfois un accès limité à internet et ne disposent pas toujours des compétences nécessaires pour l'utiliser. Par conséquent, le Comité demande quelles mesures ont été prises pour améliorer les aptitudes numériques des personnes âgées, garantir l'accessibilité des services numériques à ces personnes et veiller à ce que les services non numériques soient maintenus

Logement

Le Comité a précédemment demandé (Conclusions 2013 et 2017) si les besoins des personnes âgées sont pris en compte dans les politiques de logement nationales ou locales, si des logements protégés/encadrés sont proposés et si l'offre de logements de ce type est suffisante.

Il a également demandé à être tenu informé de toutes mesures que pourraient prendre les pouvoirs publics pour subventionner l'adaptation des logements et a demandé, à cet égard, quelle est la proportion, parmi les personnes âgées, de celles qui vivent dans leur famille, celles vivent toujours chez elles et celles qui ont été placées en famille d'accueil (Conclusions 2017).

Le rapport contient très peu d'informations en réponse. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations détaillées sur la manière dont les besoins des personnes âgées sont pris en compte dans les politiques et stratégies nationales ou locales en matière de logement, ainsi que des informations sur l'offre de logements protégés/encadrés et l'éventail de possibilités de logement pour les personnes âgées. Il réitère aussi sa demande d'informations sur les aides à l'adaptation des logements. Le Comité considère que, si les informations demandées ne figurent pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Soins de santé

S'agissant de la Fédération de Bosnie-Herzégovine, le Comité a précédemment demandé que le prochain rapport fournisse des précisions sur les programmes et services de soins spécifiques aux personnes âgées, ainsi que sur la participation financière de ces derniers aux soins et médicaments inclus dans la couverture médicale (Conclusions 2017).

Le Comité a demandé des précisions sur l'initiative de l'Assemblée du District de Brčko prévoyant de fournir à toutes les personnes de plus de 65 ans des soins de santé gratuits. Il a souligné que, dans l'hypothèse où le prochain rapport ne contiendrait pas les informations demandées, rien ne permettra d'établir que la situation est en conformité avec la Charte sur ce point (Conclusions 2017).

Le Comité a également demandé des informations sur les programmes de santé mentale pour les troubles psychiques concernant les personnes âgées, ainsi que les services de soins palliatifs appropriés et une formation spéciale pour celles et ceux qui s'occupent de personnes âgées (Conclusions 2017).

D'après le rapport, en Fédération de Bosnie-Herzégovine, les personnes ne bénéficiant pas d'une pension de retraite et n'ayant par conséquent pas d'assurance maladie reçoivent une couverture santé par l'intermédiaire de leur administration cantonale. Les personnes âgées à bas revenus peuvent être exemptées du paiement du ticket modérateur. En Republika Srpska, les personnes retraitées et celles de plus de 65 ans ont droit à la gratuité des soins de santé. Dans le District de Brčko, les soins de santé pour les plus de 65 ans qui ne sont pas couverts par l'assurance maladie sont pris en charge par le budget du District.

Le rapport indique que, dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine, le système de soins de santé mentale fait l'objet d'une réforme qui met l'accent sur les soins de proximité. Les services de soins palliatifs existent aussi et doivent être étendus.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations relatives aux programmes de soins de santé spécialement consacrés aux personnes âgées.

Le Comité note que la pandémie a eu des effets dévastateurs sur les droits des personnes âgées, en particulier sur leur droit à la protection de la santé (article 11 de la Charte), avec des conséquences, dans de nombreux cas, sur leur droit à l'autonomie et leur droit à prendre leurs propres décisions et à opérer un choix de vie, leur droit à continuer de vivre dans la collectivité grâce à des soutiens adéquats et résilients pour leur permettre de le faire, ainsi que leur droit à l'égalité de traitement au sens de l'article E s'agissant de l'attribution de services de soins de santé incluant les traitements vitaux (par exemple, le triage et les appareils d'assistance respiratoire). Qu'elles vivent encore de manière autonome ou non, de nombreuses personnes âgées ont vu les services dont elles bénéficiaient supprimés ou réduits de manière drastique. Cette situation a accru les risques d'isolement, de solitude, de sous-alimentation et d'accès limité aux médicaments.

En outre, la crise du Covid-19 a révélé des exemples de manque d'égalité de traitement des personnes âgées. Les jugements implicites sur la « qualité de vie » ou la « valeur » de la vie des personnes âgées ont pris trop de place dans la définition des limites de ces politiques de triage.

Le Comité demande également si des décisions concernant l'allocation de ressources médicales peuvent être prises uniquement sur la base de l'âge et demande si des protocoles de triage ont été mis en place et suivis pour garantir que de telles décisions se fondent sur les besoins médicaux et les meilleures données scientifiques disponibles.

Soins en institution

Le Comité renvoie à sa déclaration ci-dessus concernant l'importance d'abandonner les soins en institution au profit des soins au sein de la collectivité.

Le Comité a précédemment demandé des informations sur les modalités d'agrément et le contrôle des différentes structures, ainsi que sur les procédures de recours prévues concernant la qualité des soins et des services offerts ou concernant les mauvais traitements que pourraient subir les pensionnaires dans ce type de structures. Il a par ailleurs demandé quels étaient les autorités ou organismes indépendants compétents pour inspecter les maisons de retraite et les établissements résidentiels (tant publics que privés) (Conclusions 2017).

Le Comité prend note des informations fournies sur le nombre d'établissements résidentiels dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine. Il constate également que selon le rapport, et contrairement aux affirmations des rapports précédents, il n'existe pas de structures institutionnelles dans le District de Brčko.

Concernant l'agrément et l'inspection des établissements, le rapport déclare que, dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine, au niveau fédéral, c'est le ministre compétent qui détermine un établissement respecte les conditions énoncées dans la réglementation avant l'admission des clients. Pour les institutions cantonales, cela incombe aux organes compétents au niveau cantonal. D'après le rapport, les inspections sont effectuées par les organes d'inspection du canton. Le Comité demande qui inspecte les institutions au niveau fédéral et si les organes d'inspection peuvent être considérés comme indépendants. Le rapport déclare que dans la Republika Srpska, les institutions doivent être agréées et les inspections sont effectuées par une commission désignée par le ministre. Dans le District de Brčko, les institutions sont agréées et contrôlées par le ministère de la Santé. Le Comité demande si les inspections au niveau fédéral et des Entités peuvent être considérées comme indépendantes.

Le Comité estime que l'accent mis dans l'ensemble dans la Charte sur l'autonomie personnelle et le respect de la dignité des personnes âgées entraîne un besoin urgent de réinvestir dans les aides au sein de la collectivité comme alternative aux institutions. Si, pendant la période de transition, l'institutionnalisation est inévitable, l'article 23 exige que les conditions de vie et la prise en charge soient appropriées et que les droits fondamentaux suivants soient respectés : le droit à l'autonomie, le droit à la vie privée, le droit à la dignité personnelle, le droit de prendre part à la détermination des conditions de vie dans l'établissement concerné, la protection de la propriété, le droit de maintenir des contacts personnels (y compris grâce à un accès à internet) avec les proches et le droit de se plaindre des soins et traitements dispensés en institution. Cela s'applique également dans le contexte de la covid-19.

En raison des risques et des besoins spécifiques liés à la covid-19 dans les maisons de retraite, les États parties doivent de toute urgence leur allouer des moyens financiers supplémentaires suffisants, se procurer et fournir les équipements de protection individuelle nécessaires et veiller à ce que les maisons de retraite disposent d'un personnel qualifié supplémentaire en nombre suffisant, qu'il s'agisse de travailleurs sociaux et de personnel de santé qualifiés ou d'autres personnels, afin de pouvoir faire face de manière adéquate à la covid-19 et de veiller à ce que les droits susmentionnés des personnes âgées dans les maisons de retraite soient pleinement respectés.

Ressources suffisantes

Pour apprécier le caractère suffisant des ressources des personnes âgées en vertu de l'article 23, le Comité prend en compte l'ensemble des mesures de protection sociale garanties aux personnes âgées et visant à maintenir leurs ressources à un niveau suffisant pour leur permettre de vivre décemment et de participer activement à la vie publique, sociale et culturelle. En particulier, le Comité examine les pensions à caractère contributif ou non contributif et les autres prestations complémentaires en espèces servies aux personnes âgées. Il compare ensuite ces ressources au revenu équivalent médian. Le Comité tiendra également compte des indicateurs relatifs aux seuils de risque de pauvreté pour les personnes de 65 ans et plus.

Selon le rapport, une nouvelle législation sur la réforme du système de retraite est entrée en vigueur en 2018 dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine. Le rapport indique que le niveau minimum des pensions de retraite en 2019 était de 348,06 BAM (€177,02). Il déclare également que le niveau moyen des retraites était de 416,45 BAM (€211,81) et le salaire moyen de 958,00 BAM (€487,24). Selon la base de données MISSCEO, en 2019, le montant de la pension minimale dans la Republika Srpska était de 160,00 BAM par mois (environ (€81,38 euros) (identique au montant de 2015).

Le Comité a précédemment demandé des informations sur le revenu équivalent médian et sur le seuil de pauvreté en Bosnie-Herzégovine (dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine, dans la Republika Srpska et dans le District de Brčko). Il a souligné que, dans l'hypothèse où le prochain rapport ne contiendrait pas les informations demandées, rien ne permettrait d'établir que la situation est en conformité avec la Charte sur ce point (Conclusions 2017).

Le rapport ne contient aucune information sur ces points. Le Comité renouvelle sa demande d'informations à ce sujet et considère entre-temps qu'il n'est pas établi que le montant minimum des pensions soit suffisant. La situation n'est donc pas conforme à la Charte sur ce point.

S'agissant des aides versées à ceux qui ne bénéficient pas d'une pension de vieillesse, le Comité a demandé que le prochain rapport précise le montant de chacune de ces allocations, prestations et subventions (Conclusions 2017).

S'agissant de la Fédération de Bosnie-Herzégovine, le Comité constate que les montants divergent entre les cantons, mais aucun montant précis ne peut être fourni. Il prend note des

informations eu égard au District de Brčko. Aucune information n'est communiquée en ce qui concerne la Republika Srpska.

Le Comité estime qu'en l'absence de toute information sur le montant des prestations sociales servies à une personne âgée seule sans ressources et sur le revenu équivalent médian ou le seuil de pauvreté, il n'est pas établi que le niveau d'assistance sociale est suffisant. Par conséquent, la situation n'est pas conforme à la Charte.

Covid-19

Le Comité a posé une question ciblée sur les mesures particulières prises pour protéger la santé et le bien-être des personnes âgées dans le contexte d'une pandémie comme la covid-19.

Aucune information n'est fournie à ce sujet.

Le Comité renvoie à sa Déclaration sur la covid-19 et les droits sociaux (mars 2021) (et aux sections citées ci-dessus). Il rappelle que l'article 23 exige que les personnes âgées et leurs organisations soient consultées à propos des politiques et mesures les concernant directement, notamment sur les mesures ad hoc prises dans le contexte de la crise actuelle. La planification de la reprise après la pandémie doit tenir compte des points de vue et des besoins spéciaux des personnes âgées et s'appuyer fermement sur les éléments de preuve recueillis et les expériences vécues pendant la pandémie.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Bosnie-Herzégovine n'est pas conforme à l'article 23 de la Charte aux motifs qu'il n'est pas établi que :

- des mesures appropriées aient été prises pour lutter contre la maltraitance des personnes âgées ;
- le montant minimum des pensions soit suffisant ;
- le niveau d'assistance sociale pour les personnes âgées ne percevant aucune pension soit suffisant.