



mars 2022

## **CHARTE SOCIALE EUROPEENNE REVISEE**

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2021

### **ESTONIE**

*Ce texte peut subir des retouches de forme.*

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

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

Le présent chapitre concerne l'Estonie, qui a ratifié la Charte sociale européenne révisée le 11 septembre 2000. L'échéance pour remettre le 18<sup>e</sup> rapport était fixée au 31 décembre 2020 et l'Estonie l'a présenté le 16 décembre 2020.

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

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

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

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

L'Estonie a accepté toutes les dispositions de ce groupe, sauf les articles 3§4 et 23.

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

Les Conclusions relatives à l'Estonie concernent 14 situations et sont les suivantes :

- 6 conclusions de conformité : articles 3§1, 3§2, 11§2, 12§2, 12§3 et 14§1 ;
- 5 conclusions de non-conformité : articles 3§3, 12§1, 12§4, 13§1 et 30.

En ce qui concerne les 3 autres situations, régies par les articles 11§1, 11§3 et 14§2, le Comité nécessite des informations supplémentaires pour être en mesure d'examiner la situation.

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

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

- droit à des conditions de travail équitables (article 2) ;
- droit à une rémunération équitable (article 4) ;
- droit syndical (article 5) ;
- droit de négociation collective (article 6) ;
- droit à l'information et à la consultation (article 21) ;

- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travail et du milieu du travail (article 22) ;
- droit à la dignité au travail (article 26) ;
- droit des représentants des travailleurs à la protection dans l'entreprise et facilités à leur accorder (article 28) ;
- droit à l'information et à la consultation dans les procédures de licenciements collectifs (article 29).

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

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

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

#### *Paragraphe 1 - Sécurité, santé et milieu du travail*

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

Le Comité note qu'aux fins du présent rapport, il a été demandé aux États de répondre aux questions ciblées spécifiques posées aux États au titre de l'article 3§1 de la Charte, ainsi que, le cas échéant, aux 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 »).

Dans sa précédente conclusion le Comité a estimé que la situation de l'Estonie était conforme à l'article 3§1 de la Charte (Conclusions 2017). Il limitera donc son examen aux réponses du gouvernement aux questions ciblées.

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

#### **Objectif général de la politique**

Le Comité a demandé dans sa question ciblée quels étaient les processus de formulation des politiques et les dispositions pratiques prises pour identifier les situations nouvelles ou émergentes qui représentent un défi pour le droit à des conditions de travail sûres et saines, ainsi que les résultats de ces processus et les développements futurs prévus.

Le rapport indique que la politique de santé et de sécurité au travail (SST) en Estonie est élaborée par le ministère des affaires sociales en coopération avec l'inspection du travail, les partenaires sociaux et d'autres parties prenantes telles que les médecins du travail. Il indique également que les amendements à la loi sur la SST et les plans stratégiques sont discutés avec les parties prenantes. Des discussions tripartites régulières ont lieu avec les représentants des employeurs, des syndicats et du gouvernement, au cours desquelles les questions de SST sont également abordées.

Le Comité note que les principaux objectifs stratégiques en matière de SST sont énoncés dans le plan de développement de la protection sociale 2016-2023. Ce plan vise à aider les travailleurs et les employeurs à mettre en œuvre les règles de SST, à améliorer les environnements de travail, à faire face aux nouveaux risques liés à l'environnement de travail et à prévenir la perte de capacité de travail des employés ; à renforcer la surveillance des environnements de travail afin d'identifier et d'éliminer les violations liées à l'environnement de travail ; à rendre la législation en matière de SST plus claire et compatible avec l'évolution de la situation du marché du travail et de l'économie ; et à rendre les activités de supervision et de conseil de l'État plus efficaces. Le Comité note que le processus d'élaboration du nouveau plan de développement de la protection sociale pour la prochaine période a débuté en 2020.

Le Comité note que l'objectif de cette politique est de préserver une culture de la prévention en matière de santé et de sécurité au travail, en mettant particulièrement l'accent sur les nouveaux risques émergents pour la santé et la sécurité auxquels les travailleurs sont exposés dans des environnements de travail en constante évolution, qui doivent être régulièrement évalués et revus. Le Comité note que l'Inspection du travail, les partenaires sociaux et les autres parties prenantes participent activement à l'élaboration de cette politique, la coopération et les consultations avec tous les partenaires et parties prenantes étant requises dans le cadre du plan.

### ***Organisation de la prévention des risques professionnels***

Le Comité a précédemment estimé que la situation était conforme à cet égard (Conclusions 2017).

### ***Amélioration de la sécurité et de la santé au travail***

Le Comité a précédemment estimé que la situation était conforme à cet égard (Conclusions 2017).

### ***Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs***

Le Comité a précédemment estimé que la situation était conforme à cet égard (Conclusions 2017).

### ***COVID-19***

Le Comité a posé une question ciblée sur la protection des travailleurs de première ligne, les instructions et la formation, la quantité et l'adéquation des équipements de protection individuelle fournis aux travailleurs, et sur l'efficacité de ces mesures dans le cadre de la pandémie de la covid-19.

Le Comité note que le gouvernement a adopté des règlements dans le but de limiter la propagation de la covid-19. En ce qui concerne la protection des travailleurs de première ligne, le Comité se félicite du fait que les mesures suivantes ont été adoptées : organisation de tests prioritaires pour les travailleurs de première ligne et des services essentiels, ce qui a permis de tester plus de 15 000 travailleurs ; étude visant à détecter et à prévenir la propagation dans les établissements de soins de santé (plus de 2 500 professionnels de la santé testés au hasard) ; étude séro-épidémiologique en cours parmi les professionnels de la santé ; organisation de tests à grande échelle dans les maisons de soins infirmiers et sociaux (établissements de soins de longue durée) ; élaboration de directives et de recommandations pour les hôpitaux, les services d'urgence, les établissements de soins de longue durée (maisons de soins infirmiers) et les entreprises essentielles ; fourniture supplémentaire d'équipements de protection individuelle (EPI) pour le personnel des établissements de soins de santé primaires et de soins de longue durée ; conseils, orientation et formation en matière de contrôle des infections dans les établissements de soins de longue durée.

En ce qui concerne la protection des agents et employés de l'administration pénitentiaire, le Comité note que des équipements de protection et des produits de désinfection leur sont fournis, accompagnés d'un mode d'emploi. Le Comité note également que les cas et les situations dans lesquels le port d'un équipement chirurgical ou d'autres EPI (tels que des lunettes de protection, des blouses d'isolement et des respirateurs) est obligatoire sont énumérés séparément pour les fonctionnaires et employés des prisons, les détenus, les avocats de la défense pénale, les représentants qui sont des avocats, les ministres du culte, les notaires et les agents consulaires du pays de nationalité des détenus. Le Comité note qu'un contrôle rigoureux des entrants et des restrictions à l'entrée sont également prévus pour les prisons.

Le Comité rappelle qu'en cas de pandémie, les États parties doivent prendre toutes les mesures mentionnées dans les plus brefs délais, en utilisant au maximum les ressources financières, techniques et humaines disponibles, et par tous les moyens appropriés, tant nationaux qu'internationaux, y compris l'assistance et la coopération internationales. Sur la base des informations fournies dans le rapport, le Comité comprend que le gouvernement est conscient du fait que les règles générales de sécurité relatives à la formation et à l'instruction des travailleurs et aux équipements de protection individuelle doivent encore être appliquées, compte tenu de l'évolution de la pandémie, et souligne que la fourniture

rapide des équipements de protection individuelle nécessaires est particulièrement nécessaire dans le cas des travailleurs de première ligne.

Conformément à sa Déclaration sur la covid-19 et les droits sociaux (mars 2021), le Comité rappelle que dans le contexte de la crise de la covid-19, et en vue d'atténuer l'impact négatif de la crise et d'accélérer la reprise sociale et économique post-pandémique, chaque État partie doit évaluer si ses cadres juridiques et politiques existants sont adéquats pour assurer une réponse conforme à la Charte aux défis présentés par la covid-19. Si ces cadres ne sont pas adéquats, l'État doit les modifier dans un délai raisonnable, avec des progrès mesurables et dans une mesure compatible avec l'utilisation maximale des ressources disponibles, y compris par l'adoption de toute mesure supplémentaire nécessaire pour garantir que l'État est en mesure de se conformer aux obligations de la Charte face aux risques pour les droits sociaux posés par la crise de la covid-19.

Le Comité note que, pour garantir les droits énoncés à l'article 3, une réponse en termes de législation et de pratique nationales à la covid-19 devrait impliquer l'introduction immédiate de mesures de santé et de sécurité sur le lieu de travail, telles qu'une distance physique adéquate, l'utilisation d'équipements de protection individuelle, le renforcement de l'hygiène et de la désinfection, ainsi qu'une surveillance médicale plus étroite, le cas échéant. À cet égard, il convient de tenir compte du fait que certaines catégories de travailleurs sont exposées à des risques accrus, comme les travailleurs de santé de première ligne, les travailleurs sociaux, les enseignants, les travailleurs du transport et de la livraison, les travailleurs de la collecte des ordures, et les travailleurs de la transformation agroalimentaire. Les États parties doivent veiller à ce que leurs politiques nationales en matière de sécurité et de santé au travail, ainsi que leurs réglementations en matière de santé et de sécurité, reflètent et prennent en compte les agents dangereux et les risques psychosociaux particuliers auxquels sont confrontés les différents groupes de travailleurs dans le contexte de la covid-19. Le Comité souligne également que la situation exige un examen approfondi de la prévention des risques professionnels au niveau de la politique nationale ainsi qu'au niveau de l'entreprise, en étroite consultation avec les partenaires sociaux, comme le stipule l'article 3§1 de la Charte. Le cadre juridique national peut nécessiter des modifications et les évaluations des risques au niveau de l'entreprise doivent être adaptées aux nouvelles circonstances.

### *Conclusion*

Le Comité conclut que la situation de l'Estonie est conforme à l'article 3§1 de la Charte.

**Article 3 - Droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail**  
*Paragraphe 2 - Règlements de sécurité et d'hygiène*

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

Il rappelle qu'aux fins du présent rapport, il a été demandé aux États de répondre aux questions ciblées posées au titre de l'article 3§2, ainsi qu'aux précédents constats de non-conformité et aux décisions d'ajournement, le cas échéant (voir 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 »).

La précédente conclusion était une conclusion de conformité dans l'attente des informations demandées (Conclusions 2017). Par conséquent, l'appréciation du Comité portera uniquement sur les informations fournies par le gouvernement en réponse à la question ciblée.

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

Le Comité a demandé des informations sur la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail couvrant le stress, les agressions et la violence propres au travail que subissaient en particulier les travailleurs engagés dans des relations d'emploi atypiques (Conclusions 2017).

Dans sa question ciblée posée au titre de l'article 3§2, le Comité a demandé des informations sur les mesures réglementaires adoptées pour améliorer la sécurité et l'hygiène professionnelles dans le contexte de situations changeantes ou nouvelles telles que l'économie numérique et des plateformes. Ces mesures pouvaient par exemple concerner la stricte limitation et réglementation du suivi électronique des travailleurs, la reconnaissance du droit à la déconnexion, le droit à être indisponible en dehors des heures de travail et des périodes d'astreinte convenues, ainsi que la déconnexion numérique obligatoire du milieu de travail pendant les périodes de repos. Le Comité a également demandé des informations sur la réglementation adoptée en vue de répondre aux nouveaux risques qui se profilent dans le milieu professionnel.

En réponse à la précédente demande du Comité et à la question ciblée, le rapport précise que le 1<sup>er</sup> janvier 2019, les modifications à la loi relative à la santé et à la sécurité au travail sont entrées en vigueur. L'une des modifications concerne les risques psychosociaux. Le terme « risques psychologiques » a été remplacé par le terme « risques psychosociaux. » La définition du terme est précisée plus en détail dans la loi, ainsi que les mesures à prendre pour prévenir les troubles de santé causés par les risques psychosociaux.

Selon la modification, il existe des risques psychosociaux lorsque le travail comporte un risque d'accident ou de violence, lorsqu'un salarié subit une inégalité de traitement, des brimades ou un harcèlement au travail, lorsque le travail confié à un salarié ne correspond pas à ses capacités, lorsqu'un salarié travaille seul pendant une longue période et lorsqu'il effectue des tâches monotones. Il peut aussi exister des risques psychosociaux lorsque l'encadrement, l'organisation du travail et l'environnement de travail ont une incidence négative sur la santé mentale ou physique d'un salarié.

La définition des risques psychosociaux inclut à présent les aspects sociaux du cadre de travail, tels que les relations avec les autres salariés, le personnel d'encadrement et les tierces personnes, l'inégalité de traitement des salariés (notamment en raison de la race, de la couleur de peau, du sexe, de l'âge, des convictions religieuses, politiques ou autres, de l'orientation sexuelle, de l'origine nationale ou ethnique, du handicap ou d'autres caractéristiques, telles qu'une capacité de travail réduite, une maladie chronique ou d'autres différences découlant de l'état de santé du salarié), les brimades, le harcèlement (y compris le harcèlement sexuel) et la violence au travail.

Afin de prévenir les troubles de santé découlant d'un risque psychosocial, l'employeur doit prendre des mesures, à savoir adapter l'organisation du travail et du lieu de travail au salarié, optimiser la charge de travail du salarié, inclure des pauses dans la journée ou la période de travail du salarié et améliorer l'environnement psychosocial de l'entreprise.

Pendant la période de référence, aucune modification n'a été apportée à la loi relative à la santé et à la sécurité au travail concernant la consommation de drogues en lien avec le travail. Selon la loi précitée, les employeurs sont tenus de suspendre les salariés qui sont sous l'influence de l'alcool, de stupéfiants ou de substances toxiques ou psychotropes.

Le rapport ne fait état d'aucune modification à la loi pour ce qui concerne les accidents du travail et les maladies professionnelles. Selon la loi relative à la santé et à la sécurité au travail, un accident du travail correspond à une atteinte à la santé ou au décès d'un salarié survenu lors de l'exécution d'une tâche confiée par un employeur ou de tout autre travail effectué avec l'autorisation de l'employeur, pendant une pause incluse dans le temps de travail ou pendant une autre activité exercée pour le compte de l'employeur. Une maladie professionnelle est une maladie provoquée par un risque lié à l'environnement de travail et figurant dans la liste des maladies professionnelles, ou causée par la nature du travail. Par conséquent, le rapport explique que les formes nouvellement reconnues d'accidents du travail ou de maladies professionnelles (telles que l'automutilation et le suicide liés au travail, les troubles de stress post-traumatique (TSPT) et les accidents et l'invalidité dans l'industrie du divertissement sportif) peuvent être considérées comme des accidents du travail ou des maladies professionnelles si le lien de causalité avec l'environnement de travail est établi et même si le dommage véritable ne devient apparent que plus tard.

En ce qui concerne la surveillance des travailleurs, le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la Directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) ainsi que la loi estonienne sur la protection des données à caractère personnel doivent être appliqués. Il n'y a pas de différences ni de dispositions spéciales dans la législation relative à la santé et à la sécurité au travail.

S'agissant de la déconnexion numérique du milieu de travail pendant les périodes de repos, le rapport précise que selon la loi relative aux contrats de travail, l'employeur n'est pas autorisé à contacter les salariés pendant les périodes de repos et les congés. Par conséquent, les salariés jouissent d'un droit à la déconnexion. Le Comité demande s'il existe une jurisprudence sur cette question.

La pandémie de covid-19 a changé la façon de travailler de nombreuses personnes, et beaucoup de travailleurs font désormais du télétravail ou travaillent à distance. Le télétravail ou le travail à distance peuvent conduire à des horaires de travail excessifs.

Le Comité considère que, conformément aux obligations des États parties en vertu de l'article 3§2, afin de protéger la santé physique et mentale des personnes qui pratiquent le télétravail ou le travail à distance et de garantir le droit de tout travailleur à un environnement de travail sûr et sain, il est nécessaire de donner pleinement effet au droit des travailleurs de refuser d'effectuer un travail en dehors de leurs heures normales de travail (à l'exception du travail considéré comme des heures supplémentaires et pleinement reconnu en conséquence) ou pendant leurs vacances ou d'autres formes de congé (parfois appelé « droit à la déconnexion »).

Les États parties doivent s'assurer qu'il existe un droit légal de ne pas être pénalisé ou discriminé pour avoir refusé d'entreprendre un travail en dehors des heures normales de travail. Les États doivent également veiller à ce qu'il existe un droit légal à la protection contre la victimisation pour avoir porté plainte lorsqu'un employeur exige expressément ou implicitement que le travail soit effectué en dehors des heures de travail. Les États parties doivent veiller à ce que les employeurs aient l'obligation de mettre en place des dispositions



pour limiter ou décourager le travail non comptabilisé en dehors des heures normales de travail, en particulier pour les catégories de travailleurs qui peuvent se sentir poussés à fournir des performances excessives (par exemple, pendant les périodes d'essai ou pour ceux qui ont des contrats temporaires ou précaires).

Le fait d'être connecté en dehors des heures normales de travail augmente également le risque de surveillance électronique des travailleurs pendant ces périodes, qui est facilitée par des dispositifs techniques et des logiciels. Cela pourrait rendre encore plus floue la frontière entre le travail et la vie privée et pourrait avoir des conséquences sur la santé physique et mentale des travailleurs.

Par conséquent, le Comité considère que les États parties doivent prendre des mesures pour limiter et réglementer le suivi électronique des travailleurs.

### ***Mise en place, modification et entretien des postes de travail***

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé des informations sur la transposition de la Directive 2009/104/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour l'utilisation par les travailleurs au travail d'équipements de travail (Conclusions 2017).

La Directive 2009/104/CE a été transposée dans la législation estonienne par la loi relative à la santé et à la sécurité au travail et plus spécifiquement par le règlement ministériel intitulé « Prescriptions en matière de santé et de sécurité au travail en relation avec les équipements de travail. » Aucun changement majeur n'a été apporté à la réglementation pendant la période de référence.

L'employeur est tenu de veiller à ce que les équipements de travail soient adaptés aux tâches à effectuer et à ce qu'ils correspondent aux dimensions du corps et aux capacités physiques et mentales du travailleur. L'employeur doit également rédiger des consignes de sécurité pour le travail à effectuer et pour l'équipement de travail utilisé et assurer la formation des salariés.

L'Inspection du travail procède à des inspections des lieux de travail sur la base de la réglementation relative aux équipements de travail.

### ***Protection contre les substances et agents dangereux***

Le Comité a précédemment demandé que le prochain rapport précise quelles étaient les normes internationales ou européennes sur la protection contre les substances et agents dangereux que les textes législatifs ou réglementaires édictés et/ou modifiés au cours de la période de référence visaient à intégrer (Conclusions 2017).

Selon le rapport, plusieurs directives européennes ont été transposées dans le droit estonien, notamment la directive (UE) 2017/2398 du Parlement européen et du Conseil du 12 décembre 2017 modifiant la directive 2004/37/CE concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes au travail, la directive (UE) 2019/130 du Parlement européen et du Conseil du 16 janvier 2019 modifiant la directive 2004/37/CE concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes au travail, la Directive (UE) 2017/164 de la Commission du 31 janvier 2017 établissant une quatrième liste de valeurs limites indicatives d'exposition professionnelle en application de la directive 98/24/CE du Conseil, et modifiant les directives 91/322/CEE, 2000/39/CE et 2009/161/UE de la Commission, la Directive (UE) 2019/983 du Parlement européen et du Conseil du 5 juin 2019 modifiant la directive 2004/37/CE concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes au travail et la Directive (UE) 2019/1831 de la Commission du 24 octobre 2019 établissant une cinquième liste de valeurs limites indicatives d'exposition professionnelle.

La réglementation relative aux « Conditions d'utilisation des produits chimiques dangereux et des matériaux contenant de tels produits » et aux « Prescriptions de santé et de sécurité au travail pour la manipulation de produits chimiques cancérigènes et mutagènes » a été modifiée en application des directives transposées.

Le Comité a précédemment demandé si les travailleurs bénéficiaient d'une protection d'un niveau au moins équivalent à celui fixé par les Recommandations de la Commission internationale de protection contre les radiations (CIPR, publication n° 103, 2007) (Conclusions 2017).

Le rapport précise que la protection contre les radiations ionisantes est régie par la loi relative aux radiations, qui est conforme à la Directive 2013/59/Euratom du Conseil du 5 décembre 2013 fixant les normes de base relatives à la protection sanitaire contre les dangers résultant de l'exposition aux rayonnements ionisants. Le Comité considère que la situation est conforme à cet égard.

Selon la loi, afin de protéger les travailleurs exposés à des radiations, l'employeur (titulaire d'une licence autorisant l'exercice d'une pratique impliquant une exposition à des radiations) est tenu de veiller à ce que les travailleurs exposés suivent une formation et reçoivent des instructions pour assurer leur sécurité, qui tiennent compte de la nature du travail et des conditions de son exécution sur le lieu de travail.

Le titulaire d'une licence autorisant l'exercice d'une pratique impliquant une exposition à des radiations est tenu d'assurer une surveillance médicale des travailleurs à l'embauche et au moins une fois par an après le début du travail. Si la médecine du travail établit l'inaptitude d'un travailleur à occuper un poste particulier avant qu'il ne commence le travail, ce dernier ne doit pas être employé audit poste.

### ***Champ d'application personnel des règlements***

Le Comité a précédemment considéré que les travailleurs à domicile et les travailleurs indépendants étaient inclus dans le champ d'application de la législation nationale relative à la santé et à la sécurité au travail. Il a demandé que le prochain rapport contienne des informations sur les mesures permettant de vérifier et de s'assurer que la protection accordée par la réglementation aux travailleurs indépendants, aux travailleurs à domicile et aux employés de maison était appliquée dans la pratique (Conclusions 2017).

D'après le rapport, l'Inspection du travail peut veiller à ce que les travailleurs indépendants respectent la législation en matière de santé et de sécurité au travail dès lors qu'ils travaillent aux côtés de salariés. Selon la loi relative à la santé et à la sécurité au travail, si un entrepreneur individuel exerce sur un lieu de travail en même temps qu'un ou plusieurs salariés, il doit informer leur employeur des risques liés à ses activités et veiller à ce que celles-ci ne les mettent pas en danger. L'employeur qui organise le travail doit informer l'entrepreneur individuel des risques liés à l'exploitation de l'entreprise et des mesures prises pour éviter ces risques. Le rapport n'indique pas comment l'application de la législation relative à la santé et à la sécurité au travail est contrôlée en ce qui concerne les employés de maison, les travailleurs à domicile et les travailleurs indépendants qui travaillent dans des domiciles privés. Le Comité demande une nouvelle fois ces informations.

### ***Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs***

Le Comité a précédemment considéré que la situation de l'Estonie était conforme à la Charte sur ce point (Conclusions 2017).

#### *Conclusion*

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

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

#### *Paragraphe 3 - Application des règlements de sécurité et d'hygiène*

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

Le Comité note qu'aux fins du présent rapport, les États ont été invités à répondre aux questions ciblées spécifiques qui leur étaient posées dans le cadre 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 ou aux décisions d'ajournement.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a jugé la situation de l'Estonie non conforme à l'article 3§3 de la Charte au motif que les mesures prises pour réduire le nombre d'accidents du travail étaient insuffisantes et que le système d'inspection du travail n'avait pas assez de ressources pour assurer un suivi adéquat du respect de la législation en matière de santé et de sécurité au travail (Conclusions 2017).

Le Comité tient à signaler que les réponses relatives à la Covid-19 seront uniquement prises en compte pour information, car elles concernent des faits survenus en dehors de la période de référence (càd après le 31 décembre 2019). En d'autres termes, les informations présentées dans la section sur la Covid-19 ci-dessous ne seront pas évaluées à des fins de conformité avec la Charte dans le cadre du présent cycle.

Son évaluation portera donc sur les informations fournies par le gouvernement en réponse au constat de non-conformité et aux questions ciblées.

#### ***Accidents du travail et maladies professionnelles***

Dans sa conclusion précédente, et vu la tendance persistante à la sous-déclaration, le Comité a renouvelé sa demande d'informations (voir les Conclusions 2013) sur la mise en œuvre du règlement ministériel n° 75 dans la pratique, notamment pour savoir combien d'accidents du travail non mortels ont donné lieu à l'ouverture d'une enquête de l'inspection du travail, si les médecins sont bien conscients de leurs obligations en matière de déclaration, si des mesures ont été prises pour contrecarrer d'éventuels arrangements entre employeurs et travailleurs, et si des sanctions sont infligées aux employeurs ou aux médecins en cas d'omission de déclaration (Conclusions 2017). Le Comité a également relevé dans ses Conclusions 2013 que, parce qu'il laisse le soin aux employeurs d'enquêter sur tous les accidents du travail, le système de déclaration des accidents prévu par le règlement ministériel n° 75 n'est pas suffisamment efficace pour être conforme aux prescriptions de l'article 3§3 de la Charte.

Le rapport indique que la sous-déclaration des accidents du travail a diminué pendant la période de référence : en 2019, le taux de signalement était de 58,5 % tandis qu'en 2010, il n'était plus que de 38,3 %. D'après le rapport, les employeurs et les médecins sont désormais plus conscients de leur obligation de déclarer/signaler les accidents du travail à l'inspection du travail. Au cours de la période de référence, l'inspection du travail a publié plusieurs articles et instructions informant les salariés des risques associés au signalement insuffisant des accidents du travail (dont la perte des prestations de santé) afin d'induire une augmentation du signalement des accidents du travail. Le rapport explique qu'en vertu de la Loi relative à la santé et à la sécurité au travail, l'Inspection du travail est tenue d'enquêter sur tous les accidents mortels du travail. Chaque incident ayant provoqué de graves dommages à la santé est examiné, et une décision d'enquête est prise pour chaque affaire. La décision de mener une enquête se fonde sur le principe du risque et des conséquences provoquées. Le rapport déclare que tous les accidents mortels du travail et 16 % de tous les accidents graves du travail font l'objet d'une enquête de l'Inspection. Au total, près de 3,5 % de tous les accidents du travail signalés font l'objet d'une enquête.

Le rapport relève que suite aux amendements apportés en 2019 à la loi relative à la santé et à la sécurité au travail concernant le signalement des accidents du travail, un employeur n'est plus tenu de déclarer à l'Inspection du travail les accidents mineurs qui ne provoquent pas une incapacité temporaire de travail du salarié. L'employeur reste toutefois tenu d'enquêter sur tous les accidents du travail. Il doit signaler à l'Inspection du travail tous les accidents du travail causant une incapacité temporaire de travail, de graves blessures corporelles ou la mort. D'après le rapport, le pourcentage des accidents du travail déclarés à l'inspection du travail par rapport à tous les accidents du travail (plus de 3 jours d'absence du lieu de travail) était de 57 % en 2017, 58.9 % en 2018 et 58.5 % en 2019. Le nombre d'accidents du travail ayant donné lieu à une enquête de l'inspection du travail était de 256 en 2016 (sur 5,098 accidents), 218 en 2017 (sur 5,209 accidents), 191 en 2018 (sur 5,170 accidents) et 197 en 2019 (sur 4,275 accidents). Le Comité demande des informations sur les mesures prises ou envisagées pour garantir l'efficacité des enquêtes sur tous les accidents mineurs du travail en Estonie et sur les moyens dont disposent les employeurs pour mener des enquêtes appropriées. Il demande également des informations sur les mesures prises ou envisagées afin de prévenir l'insuffisance des enquêtes sur les accidents mineurs du travail par les employeurs.

Le rapport indique aussi que le nombre d'accidents du travail a diminué au cours de la période de référence, passant de 5,098 en 2016 à 5,209 en 2017, à 5,170 en 2018 et à 4,275 en 2019. Le nombre d'accidents du travail enregistrés par 100,000 salariés était de 790 en 2016 et de 640 en 2019. Le rapport spécifie que le nombre d'accidents mortels du travail par 100,000 salariés a également diminué sur la période de référence, passant de 4.0 en 2016 à 0.9 en 2017, 1.8 en 2018 et 2.2 en 2019.

Les données EUROSTAT confirment les tendances du taux d'incidence dans le nombre d'accidents de travail mortels (4.45 en 2016, 1.21 en 2017 et 1.81 en 2018). Pour les accidents non mortels, même si les données EUROSTAT confirment la diminution au cours de la période de référence, elles fournissent des chiffres différents et plus élevés : 6,354 en 2016, 6,279 en 2017 et 6,230 en 2018. D'après les données EUROSTAT, le taux d'incidence des accidents non mortels au cours de la période de référence (1,088 en 2016, 953 en 2017 et 937 en 2018) était inférieur à la moyenne de l'UE-28 (1,718 en 2016, 1,703 en 2017 et 1,659 en 2018). S'agissant des accidents mortels, leur taux d'incidence était inférieur à la moyenne de l'UE-28 en 2017 (1.21 en Estonie et 1.65 dans l'UE) mais supérieur en 2018 (1.81 en Estonie et 1.63 dans l'UE).

Concernant les maladies professionnelles, dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé des informations sur la définition légale des maladies professionnelles ; le mécanisme de reconnaissance, d'examen et de révision des maladies professionnelles (ou la liste des maladies professionnelles) ; le taux d'incidence et le nombre de cas de maladies professionnelles reconnus et signalés durant la période de référence (ventilé par secteur d'activité et par année), y compris celles ayant entraîné le décès du salarié, et les mesures prises et/ou envisagées pour lutter contre la sous-déclaration et la reconnaissance insuffisante des cas de maladies professionnelles ; les maladies professionnelles les plus fréquemment signalées pendant la période de référence, ainsi que les mesures préventives prises ou envisagées.

Le rapport répond que selon la loi relative à la santé et à la sécurité au travail, une maladie professionnelle est une maladie engendrée par un risque lié à l'environnement de travail et figurant sur la liste des maladies professionnelles, ou liée à la nature d'un travail. La liste des maladies professionnelles figure dans le règlement du Ministère des Affaires sociales du 25 mai 2005, et est ouverte. À propos du mécanisme de reconnaissance des maladies professionnelles, le rapport explique qu'elles sont diagnostiquées par un médecin du travail qui évalue l'état de santé du salarié et réunit des informations sur ses conditions de travail actuelles et antérieures, ainsi que sur la nature de son travail. À cette fin, le médecin du travail demande à l'employeur les décisions relatives aux examens médicaux antérieurs du salarié, et le prie de décrire les conditions de travail de celui-ci. Le médecin du travail

informe par écrit l'employeur, l'Inspection du travail et le médecin qui lui a envoyé le salarié. Son rapport précise également que l'employeur est tenu d'enquêter sur tous les incidents de maladies professionnelles. Si nécessaire, l'Inspection du travail mène également une enquête.

Le rapport précise que le nombre de maladies professionnelles liées à des risques matériels, chimiques, biologiques et physiologiques était de 39 en 2016, 37 en 2017, 49 en 2018 et 34 en 2019. Le Comité prend également note des informations relatives au nombre de cas de maladies professionnelles signalés par domaine d'activité. Il constate que la plupart de ces maladies professionnelles surviennent dans les domaines des soins de santé et de l'industrie alimentaire et du textile.

Toutefois, à la lumière des explications fournies dans le rapport, le Comité demande que le prochain rapport fournisse des statistiques couvrant toutes les maladies liées au travail, ce qui comprend les « maladies professionnelles » et les « maladies causées par le travail » au sens de la législation estonienne. Le Comité renouvelle sa demande d'information concernant le taux d'incidence des maladies professionnelles au cours de la période de référence, y compris celles ayant entraîné le décès du salarié et les mesures prises et/ou envisagées pour lutter contre la sous-déclaration et la reconnaissance insuffisante des cas de maladies professionnelles ; les maladies professionnelles les plus fréquemment signalées pendant la période de référence, ainsi que les mesures préventives prises ou envisagées.

### ***Activités de l'Inspection du travail***

Dans sa conclusion précédente, le Comité a renouvelé sa demande (voir les Conclusions 2013) d'informations sur les mesures prises pour mettre fin à la baisse persistante du nombre de salariés couverts par les visites d'inspection (Conclusions 2017). Le Comité a conclu que la situation de l'Estonie était non conforme à l'article 3§3 de la Charte au motif que du point de vue de la santé et de la sécurité au travail, le système de l'Inspection du travail était inefficace.

Le rapport répond que sur la période 2016-2019, le nombre de travailleurs couverts par les visites des services de l'Inspection du travail a augmenté (80,685 en 2016, 95,263 en 2017, 124,771 en 2018 et 97,509 en 2019). D'après le rapport, la légère baisse de 2019 résulte de l'accent mis sur les inspections dans les micro et petites entreprises. Ces chiffres sont conformes aux pourcentages de travailleurs couverts par les inspections : 13 % en 2016, 14 % en 2017, 18 % en 2018 et 15 % en 2019.

Les statistiques publiées par ILOSTAT indiquent une légère augmentation du nombre d'inspecteurs du travail au début de la période de référence (39 en 2015 et 46 en 2017). Ce nombre a toutefois fortement baissé en 2019 (49 en 2018 et 38 en 2019). Le nombre de visites d'inspection sur les lieux de travail au cours de l'année a légèrement diminué au début de la période de référence (de 4,246 en 2015 à 5,179 en 2017) et a légèrement diminué vers la fin de cette période (5,128 en 2018 et 4,650 en 2019). Le nombre moyen d'inspecteurs du travail par 10,000 salariés était de 0.7 en 2017 et en 2018, mais est tombé à 0.6 en 2019. Le nombre moyen de visites d'inspection par inspecteur a également augmenté au cours de la période de référence (112 en 2017 et 122 en 2019).

En réponse à la question posée par le Comité sur les mesures prises pour enrayer la baisse constante du nombre de travailleurs couverts par les visites d'inspection le rapport indique que, depuis 2019, l'inspection du travail met en place un nouveau système informatique qui améliore l'efficacité des inspections, permet une surveillance automatisée et fait gagner du temps. Ce nouveau système, qui est opérationnel depuis le premier trimestre de 2020 (en dehors de la période de référence) permet à l'Inspection du travail de couvrir davantage d'entreprises et de salariés et l'aide à communiquer plus rapidement et plus efficacement avec les entreprises. Le rapport ajoute qu'à l'avenir, des outils de gestion des formations des

salariés, des visites médicales et des enquêtes sur les blessures et les maladies professionnelles seront intégrés dans le nouveau système informatique.

Le rapport précise également que l'inspection du travail est habilitée à inspecter tous les lieux de travail, dans tous les secteurs de l'économie, à l'exception des locaux d'habitation. Les inspecteurs peuvent uniquement inspecter les locaux d'habitation si leur propriétaire (salarié) l'autorise, parce qu'il faut respecter la vie privée des personnes. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations sur les dispositions mises en place pour assurer le contrôle des règles sanitaires et de sécurité dans les locaux d'habitation.

Dans sa conclusion précédente le Comité a estimé qu'en termes absolus, le nombre d'amendes et les montants infligés demeuraient trop faibles pour produire un effet dissuasif. Le rapport indique que les amendements apportés en 2019 à la loi relative à la santé et à la sécurité au travail ont introduit de nouvelles circonstances aggravantes et augmenté le montant des amendes. Ainsi, l'amende maximale à laquelle s'expose une personne morale est passé à 32,000 € (ces montants étaient de 2,000 et 2 600 €). Le rapport précise que ces forts montants visent à inciter les employeurs à se montrer plus diligents dans le respect des prescriptions en matière de santé et de sécurité au travail. Pendant la période de référence 2016-2019, le montant moyen des amendes infligées a augmenté de 308€ à 507€. Le rapport précise que les sanctions impliquant des procédures correctionnelles n'ont jamais été l'objectif de l'inspection du travail, qui préfère réserver les amendes aux cas où des violations perdurent, affectent de nombreux salariés ou mettent en danger la vie ou la santé de personnes et où il n'est plus possible de faire cesser la violation. L'Inspection du travail part donc du principe que si un problème survenant dans l'environnement de travail peut être éliminé grâce à d'autres mesures, elle n'inflige pas d'amendes. D'après le rapport, cette méthode a porté des fruits.

Le Comité estime qu'étant donné que la loi confie les enquêtes sur la plupart des accidents du travail aux employeurs, le dispositif de l'inspection du travail n'est pas efficace au regard de l'article 3§3 de la Charte. Il relève qu'en 2019, à peine 58,5 % du total des accidents du travail ont été signalés à l'inspection du travail. À cet égard, le Comité demande des explications/commentaires précisant si l'augmentation enregistrée en 2019 dans le nombre de travailleurs couverts par les inspections, d'inspecteurs et de visites d'inspection, ainsi que dans le nombre moyen d'inspecteurs du travail par 10 000 salariés, résulte des amendements apportés en 2019 à la loi relative à la santé et à la sécurité au travail, qui dispose qu'un employeur n'est pas tenu de signaler les accidents mineurs à l'inspection du travail.

### *Conclusion*

Le Comité conclut que la situation de l'Estonie n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte au motif que du point de vue de la santé et de la sécurité au travail, le système de l'Inspection du travail est inefficace.

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

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

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

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.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a conclu que la situation de l'Estonie était conforme à l'article 11§1 de la Charte, dans l'attente des informations demandées (Conclusions 2017). Par conséquent, l'appréciation du Comité ne portera que sur les informations fournies par le gouvernement en réponse aux questions ciblées relatives.

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 partie portant sur la covid-19 ci-après ne seront pas utilisées pour établir la conformité de la situation avec la Charte dans le cadre du présent cycle de contrôle.

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

Le Comité note que, d'après les données Eurostat, l'espérance de vie à la naissance était de 79 ans en 2019, hommes et femmes confondus, et qu'elle avait augmenté depuis la période de référence précédente (77,6 ans en 2015). En réponse à sa question ciblée, le Comité prend note des données détaillées fournies dans le rapport au sujet de l'espérance de vie par zone urbaine/rurale, par comté, par nationalité et par niveau d'instruction. Il note les disparités régionales de l'espérance de vie, en particulier entre zones urbaines et zones rurales. Ainsi, les habitants du comté urbain de Tartu ont une espérance de vie supérieure de 4 ans à ceux du comté d'Ida-Viru, situé dans le nord-est du pays (2018/2019). En outre, il apparaît que les femmes vivent en moyenne neuf ans de plus que les hommes (ou dix ans dans le comté d'Ida-Viru, soit 70,52 ans pour les hommes et 80,56 ans pour les femmes en 2018/2019). Les données présentées dans le rapport indiquent que les inégalités sont encore plus grandes selon les niveaux d'études. Les données montrent une différence d'espérance de vie de 10 ans entre les personnes ayant un niveau d'éducation primaire/élémentaire et les diplômés de l'enseignement supérieur (en 2019, 72,95 ans pour les premiers contre 82,40 ans pour les seconds).

Le Comité note, dans le rapport « Estonie : Profil de santé par pays 2019 » (OCDE, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et Commission européenne), que trois Estoniens sur quatre appartenant au quintile supérieur de revenus se considèrent en bonne santé, contre un sur trois seulement dans le quintile inférieur, soit l'écart le plus important parmi les pays de l'UE. Le même rapport indique que près de la moitié des décès en Estonie résultent de risques liés au comportement, que l'Estonie affichait le troisième taux d'obésité des adultes de l'UE en 2017 et que l'obésité infantile a augmenté de manière significative.

Le Comité prend également note des informations fournies dans le rapport concernant les mesures prises pour améliorer la qualité des soins périnataux et pour surveiller la santé et le développement de l'enfant. Il relève également les données statistiques sur la maternité des jeunes filles mineures, la mortalité infantile et la mortalité maternelle, qui montrent des tendances à la baisse et des taux faibles.

Le Comité note que l'Estonie a enregistré une augmentation considérable de l'espérance de vie et que les taux de mortalité infantile et maternelle restent faibles. Cependant, il existe de grandes disparités d'espérance de vie selon les sexes, les régions, les revenus et les niveaux d'études. Le Comité demande si des mesures sont prises pour réduire ces écarts.

### **Accès aux soins de santé**

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) et sur les taux mortalité infantile et maternelle. Le rapport fournit des données statistiques sur la maternité des jeunes filles mineures, la mortalité infantile et la mortalité maternelle et sur le nombre d'avortements. Le Comité réitère sa demande d'informations sur les services concrets de soins de santé sexuelle et reproductive pour les femmes et les filles (y compris l'accès aux services d'avortement).

Le Comité demande des informations sur les mesures prises pour garantir l'accès des femmes et des filles à la contraception moderne. Il demande également des informations sur la proportion du coût des contraceptifs qui n'est pas couverte par l'État (dans les cas où le coût n'est pas entièrement remboursé par l'État).

Le Comité demande en outre des informations sur le coût d'un avortement et s'il est en partie ou intégralement remboursé par l'État.

Le rapport actuel indique que les dépenses de santé représentaient 6,7 % du PIB en 2018 et que les dépenses restant à la charge des patients s'élevaient à 24,5 %. Le Comité note qu'au cours de la période de référence précédente, la part du PIB allouée aux dépenses de santé était de 6,5 % en 2015 et que les dépenses restant à la charge des patients s'élevaient à 23,8 % en 2014 (Conclusions 2017). Le Comité note, d'après les données Eurostat, qu'en moyenne dans l'UE, les dépenses de santé se sont élevées à 9,9 % du PIB en 2018 et que les dépenses restant à la charge des patients ont représenté 15,7 %. Le rapport indique que la part des dépenses restant à la charge des patients dans le total des dépenses de santé a augmenté en 2018 (24,5 %) par rapport à 2017 (23,6 %). Il précise que cette augmentation s'explique en partie par des changements dans la méthodologie. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des données actualisées sur la part des dépenses de santé publique dans le PIB.

En réponse à une question précédente demandant des informations sur l'évolution de la situation en ce qui concerne les dépenses restant à la charge des patients et sur les mesures prises pour en réduire le montant (Conclusions 2017), le rapport fournit des informations sur i) une campagne menée en 2016 par le Fonds estonien d'assurance maladie (EHIF) pour promouvoir l'utilisation des médicaments génériques et sur la politique de prescription de principes actifs mise en œuvre avec les pharmaciens ; ii) une aide complémentaire pour l'achat de médicaments lorsque les dépenses engagées pour ceux-ci dépassent 100 € par année civile et une « participation au coût de l'ordonnance » de 2,5 € pour toutes les ordonnances à partir de 2018 ; iii) des mesures visant à réduire les dépenses restant à la charge des patients pour les soins dentaires.

En ce qui concerne les délais d'attente, le Comité a précédemment demandé à être informé de l'évolution des délais d'attente et de l'impact des mesures prises sur la réduction de ces délais. (Conclusions 2017).

Le rapport indique que les durées maximales d'attente n'ont pas changé au cours de la période de référence (six semaines ou 42 jours pour un rendez-vous avec un spécialiste en consultation externe et huit mois pour les soins nécessitant une hospitalisation et des soins de jour). Selon les résultats d'une enquête menée en 2019, 24 % des personnes interrogées ayant consulté un médecin spécialiste ont obtenu un rendez-vous sous cinq jours ouvrables et 48 % dans un délai maximal de quatre semaines. L'analyse « Élaboration de



méthodologies de suivi pour des soins de santé centrés sur la personne » (2019) a révélé que 23-32 % des personnes ayant répondu à l'enquête ne consultaient pas de spécialistes en raison des délais d'attente trop importants. Les estimations diffèrent selon les régions : les habitants du sud de l'Estonie (6 à 19 %) ont un meilleur accès que ceux du nord-est (20 à 42 %) et du nord du pays, y compris Tallinn (27 à 56 %).

Le rapport fournit des données statistiques concernant les listes et délais d'attente. Il indique qu'au 1<sup>er</sup> janvier 2020 (le lendemain de la fin de la période de référence), le pourcentage des rendez-vous en régime ambulatoire dont le délai d'attente ne dépasse pas le délai maximal autorisé a diminué dans les hôpitaux relevant du Plan de développement du réseau hospitalier (PDRH) (de 42 % à 40 %). En raison de la pénurie de médecins, les listes d'attente des hôpitaux relevant du PDRH comptent autant de patients que l'année précédente. En raison de la faible capacité hospitalière, les délais d'attente pour un rendez-vous à l'hôpital central d'Ida-Viru et à l'hôpital de Pärnu sont plus longs (plus de 42 jours). Concernant la prise en charge en ambulatoire, le rapport indique également qu'au cours de la période 2016-2019, près de 50 % des rendez-vous ont dépassé le délai d'attente autorisé pour ce type de soins et que la raison principale était le souhait du patient (de voir tel médecin en particulier), puis le manque de capacité des lieux de soins et le manque de ressources financières.

Le rapport indique en outre qu'en 2019, un registre numérique (RN) a été créé à l'échelle nationale sous forme d'application intégrée au portail national des patients ([www.digilugu.ee](http://www.digilugu.ee)). Grâce à cette application, les patients peuvent rechercher, réserver, modifier et annuler un rendez-vous avec un spécialiste, dans tous les établissements de santé reliés à ce système. Dès le 27 juillet 2020, 69 prestataires de soins de santé avaient rejoint l'application RN.

Le Comité note, dans le rapport « Estonie : Profil de santé par pays 2019 », que les délais d'attente pour les soins spécialisés en consultation externe, la chirurgie ambulatoire et les soins avec hospitalisation sont la cause principale du nombre élevé de besoins non satisfaits. Le Comité demande que le prochain rapport rende compte de toutes mesures prises pour réduire les délais d'attente. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

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 affirme que tous les services de santé estoniens sont fournis sur la base du consentement éclairé du patient. En ce qui concerne la vaccination des enfants de moins de 18 ans, le consentement des parents est exigé.

### ***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 mentionne en particulier les mesures prises par l'Estonie pour limiter la propagation du virus. Le rapport indique en outre qu'aucun mécanisme d'évaluation de niveau national n'a été mis en place pour évaluer les effets des mesures adoptées.

Le rapport indique qu'en 2020 (hors période de référence), dans le cadre de la covid-19, les téléconsultations ont eu pour but de réduire les listes d'attente pour la prise en charge des patients. Le rapport fournit des informations sur le nombre de téléconsultations effectuées au cours de la période mars-juillet 2020. Ce nombre aurait augmenté, tant pour les soins primaires que pour les soins spécialisés, et ce en raison de la covid-19.

Le Comité rappelle (Observation interprétative sur le droit à la protection de la santé en temps de pandémie, 21 avril 2020) 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.

Le Comité rappelle également (Observation interprétative sur le droit à la protection de la santé en temps de pandémie, 21 avril 2020) 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 veiller à ce 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 soient 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.

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.

### ***Conclusion***

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

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

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

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

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 conclusion précédente, le Comité a considéré que la situation de l'Estonie était conforme à l'article 11§2 de la Charte, dans l'attente des informations demandées (Conclusions 2017).

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

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

Le Comité prend note de certaines mesures et campagnes de sensibilisation entreprises pendant la période de référence afin de promouvoir la santé (par exemple, la promotion de la santé mentale, d'une alimentation saine et de l'activité physique). Toutefois, le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur l'éducation à la santé et les stratégies de prévention associées (notamment par le développement du sens de la responsabilité individuelle comme facteur pouvant être mis à profit pour lutter contre les comportements d'automutilation, les troubles alimentaires et la consommation d'alcool et de drogues) au sein de la population (tout au long de la vie ou en continu). Il demande également des informations plus détaillées sur les campagnes ou initiatives spécifiques visant à prévenir les comportements nocifs.

En ce qui concerne l'éducation à la santé à l'école, le rapport explique que le système éducatif estonien de base comprend trois niveaux : le niveau I se compose des années 1 à 3, le niveau II des années 4 à 6 et le niveau III des années 7 à 9. Dans les classes du niveau I, la priorité est donnée aux compétences sociales des élèves et au développement d'attitudes positives pour adopter un mode de vie sain (hygiène environnementale et personnelle, nutrition, repos et sommeil, gestion du temps, bien-être mental, etc.) Les niveaux II et III s'attachent au développement de compétences, de valeurs ainsi que d'aptitudes sociales. Au niveau de l'enseignement secondaire (de la 10<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année), l'éducation à la santé se fait dans le cadre du cours d'éducation familiale (qui couvre différents sujets : comportement sexuel responsable, relations à long terme, comportement en matière de santé) et d'un cours facultatif de psychologie.

Dans l'enseignement et la formation professionnels, l'éducation à la santé fait partie du module Études sociales (module d'enseignement général). Les établissements de formation professionnelle multiplient les formations, événements et journées d'information sur l'éducation à la santé pour les enseignants, les élèves, les parents et le personnel. Les conseils de représentants des élèves participent aussi activement à ces projets d'éducation et de sensibilisation à la santé.

Le rapport indique que plusieurs programmes de prévention ont été mis en œuvre dans les écoles estoniennes, en plus des activités scolaires. À titre d'exemple, il cite *Vaikuseminutid*

(sur la pleine conscience), qui vise à réduire les comportements autodestructeurs (y compris la consommation d'alcool et de drogues) en sensibilisant les participants à la gestion du stress, à l'acceptation de soi, au respect de l'environnement et de leurs pairs, etc.

Le rapport informe que l'éducation à la santé sexuelle et reproductive fait partie intégrante de l'enseignement général depuis 1996. Le programme scolaire veille à une approche cohérente de l'éducation sexuelle et de l'accès à l'éducation à la santé.

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 Comité prend note des résultats de la formation en matière de santé sexuelle et reproductive, d'orientation sexuelle, d'identité de genre et de violence fondée sur le genre à tous les niveaux du système éducatif estonien.

Le rapport indique également que la sensibilisation et l'éducation aux différentes identités, y compris à l'orientation sexuelle et l'identité de genre, ont été introduites dans les écoles par le biais de divers programmes fondés sur des données probantes, notamment le programme anti-harcèlement KiVa (introduit en 2017, reconduit et mis à jour en 2020), VEPA (nom international : « PAX Good Behaviour Game » (Jeu de la bonne conduite (PAX)) et *Hooliv klass* (« Classe de la bienveillance »). Selon le rapport, chaque établissement est libre d'adopter ces programmes – c'est le cas d'environ 70 % des établissements scolaires et 80 % des établissements préscolaires.

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la situation de l'Estonie était conforme à l'article 11§2 en ce qui concerne les services de consultation et de dépistage disponibles pour les femmes enceintes et les enfants (Conclusions 2017). Le Comité réitère sa demande d'informations actualisées sur les visites médicales organisées dans les écoles.

Le rapport indique que des mesures spécifiques de lutte contre la pseudoscience dans le domaine de la santé visent à sensibiliser la population et à garantir l'accessibilité et la visibilité des informations fondées sur des données probantes. La loi prévoit la possibilité d'imposer des sanctions en cas de diffusion de fausses informations. Toutefois, selon le rapport, cette disposition est difficilement applicable en pratique, en ce qu'il faut apporter la preuve que la diffusion de ces informations constitue une menace réelle pour la vie et la santé humaines. L'article 763§1 de la loi estonienne sur le droit des obligations, qui régit l'utilisation des pratiques généralement reconnues dans la fourniture de services de santé, dispose que « le recours à une méthode de prévention, de diagnostic ou de traitement non reconnue généralement peut être envisagé, pour autant que les méthodes conventionnelles ne semblent pas aussi efficaces, que le patient soit informé de la nature et des conséquences possibles de la méthode et qu'il ait consenti à l'utilisation de cette méthode ».

### ***Conclusion***

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

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

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

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

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 l'Estonie était conforme à l'article 11§3 de la Charte (Conclusions 2017).

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

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

Le rapport contient des informations sur les dispositions relatives aux soins de santé dans les prisons et les établissements de protection sociale accueillant des individus faisant l'objet d'un placement sur décision de justice, notamment en ce qui concerne l'organisation de ces soins, les effectifs de personnel, l'accès à des traitements médicaux spécialisés et à des soins de santé mentale.

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

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

Le rapport note que depuis 2000, les grandes structures d'accueil autrefois prédominantes en Estonie ont été remplacées par des villages de soins et des foyers de type familial offrant des services de santé mentale et d'autres services médicaux, ainsi que diverses possibilités d'emploi et de loisirs. Le Comité note que le processus de désinstitutionnalisation des

personnes handicapées fait l'objet d'un examen plus ciblé dans le cadre de l'article 15§3 de la Charte (Conclusions 2020).

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

Le Comité note que le rapport ne traite pas de la question ciblée, qui concerne les services de santé mentale de proximité, ni des mesures prises pour fermer ou réduire la taille des hôpitaux psychiatriques de long séjour. Il réitère donc sa demande et considère que dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation en Estonie est conforme à l'article 11§3 de la Charte.

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

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

Le rapport présente des informations sur le nombre de décès liés à la consommation de drogue au cours de la période de référence et sur le profil des consommateurs de drogues par injection, lesquelles témoignent d'une évolution globalement très positive. Ainsi, le nombre de décès liés à la consommation de drogue est passé de 114 en 2016 à 27 en 2019. Le rapport décrit les possibilités existantes en Estonie en matière de traitement et de réduction des risques, notamment le traitement de substitution aux opiacés financé par l'État, les services de conseil (programme d'entraide, accompagnement social, aide juridique), les services d'information sanitaire sur la manière de consommer des drogues à moindre risque et d'éviter la surdose ; la délivrance de médicaments antidotes (naloxone) aux personnes qui s'injectent des opioïdes et à leur entourage et la fourniture d'informations sur la manière de les administrer ; la distribution de seringues et d'aiguilles propres ; la collecte et l'élimination des seringues et aiguilles usagées ; la distribution de préservatifs et la fourniture de conseils sur la santé sexuelle ; la mise à disposition d'installations sanitaires et de vêtements ; la prévention et le dépistage précoce des infections (par exemple le dépistage du VIH) et l'orientation vers un traitement ; les mesures d'incitation à suivre un traitement et l'orientation vers des services de désintoxication et de réadaptation. En outre,

au cours de la période de référence, l'Estonie a mis à l'essai des programmes d'échange de seringues et de déjudiciarisation.

### ***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 rapport décrit les dispositions en vigueur pour mesurer les radiations, en s'attachant à certaines sources de risque. Le rapport présente en outre les développements qui sont intervenus au cours de la période de référence en matière de surveillance de la qualité de l'air, de gestion de l'eau et de gestion des déchets, notamment l'adoption en 2019 de règlements sur la réduction des émissions d'ammoniac et les activités menées pour mettre en œuvre et actualiser les plans de gestion des bassins fluviaux du pays. En ce qui concerne les intoxications alimentaires, le rapport fournit des chiffres sur les infections diarrhéiques qui témoignent d'une évolution positive.

Le rapport souligne que la situation des habitants du comté de Viru-Est constitue une source de préoccupation particulière. La dégradation de l'environnement résultant de l'exploitation prolongée des schistes bitumineux dans la région a entraîné des taux de mortalité infantile relativement plus élevés, une prévalence plus élevée de symptômes respiratoires et plusieurs problèmes de santé chroniques graves, notamment des maladies cardiovasculaires. Le Comité demande des informations à jour sur les mesures prises pour remédier à la situation que connaît le comté de Viru-Est.

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

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

Le rapport note que l'Estonie manque actuellement de capacités pour mener des recherches sur les vaccins, mais qu'elle participe à des essais internationaux et à des projets de recherche vaccinale. En outre, l'Université de Tartu mène une étude sur la réticence aux vaccins en partenariat avec l'OMS.

### ***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 rapport renvoie aux données relatives aux mesures de prévention adoptées en Estonie, qui figurent dans la base de données Covid-19 Health System Response Monitor.

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*

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



## **Article 12 - Droit à la sécurité sociale**

### *Paragraphe 1 - Existence d'un système de sécurité sociale*

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

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

Le Comité renvoie à ses conclusions précédentes (Conclusions 2013 et 2017) pour une description du système estonien de sécurité sociale et note qu'il continue de couvrir toutes les branches traditionnelles (soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail/maladies professionnelles, famille, maternité, invalidité et survivant). Selon le MISSOC, le système de sécurité sociale est principalement financé par les cotisations sociales. En réponse à la question du Comité concernant le taux de couverture des risques invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles, le rapport précise que les accidents du travail et les maladies professionnelles sont couverts par le système national d'assurance maladie et d'allocation de capacité de travail. En 2019, 95,3 % de la population était couverte par l'assurance maladie.

### **Caractère suffisant des prestations**

Selon les données Eurostat, le seuil de pauvreté fixé à 50 % du revenu médian ajusté s'élevait à 5 730 € par an ou à 478 € par mois en 2019. Ramené à 40 % du revenu médian ajusté, il s'établissait à 382 € par mois.

Dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2017), le Comité a considéré que les montants minima de l'indemnité de maladie, de l'allocation de chômage, des indemnités d'assurance chômage et de la pension nationale d'invalidité étaient insuffisants au motif qu'ils étaient inférieurs à 40 % du revenu médian ajusté.

En ce qui concerne les **indemnités de maladie**, d'après la Caisse estonienne d'assurance maladie, 133 451 personnes ont perçu de telles prestations pendant une durée totale de 28,5 jours et pour un montant moyen de 21 € par jour en 2019. Le montant moyen de l'indemnité journalière a donc augmenté, puisqu'il était de 15,5 € en 2014.

S'agissant des montants minima, ils s'élevaient, d'après le rapport, à 230 € pour les salariés et à 209 € pour les travailleurs indépendants en 2016, et, respectivement, à 289 € et à 268 € en 2019. Le Comité note que ces montants sont toujours inférieurs à 40 % du revenu médian ajusté. Il renouvelle par conséquent son précédent constat de non-conformité au motif que le montant de l'indemnité de maladie n'est pas suffisant.

En ce qui concerne les **prestations de chômage non-contributives**, le Comité relève dans le rapport que le montant minimum de l'allocation de chômage est réglementé par la loi. Aux termes de l'article 31(1) de la loi relative aux services et prestations en matière d'emploi, le montant journalier (qui est la base de calcul de l'allocation de chômage) est établi par le budget de l'État pour chaque exercice budgétaire. Cependant, le montant journalier multiplié par 31 ne doit pas être inférieur à 35 % du salaire minimum mensuel en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet de l'année précédant l'exercice budgétaire en cours et fixé sur la base du paragraphe 29(5) de la loi relative aux contrats de travail.

Le montant minimum de l'**indemnité d'assurance chômage** est aussi réglementé par la loi. Un assuré peut toujours au moins bénéficier du montant minimum de l'indemnité d'assurance chômage, qui correspond à 50 % du salaire minimum national de l'exercice budgétaire précédent (article 9(5) de la loi relative à l'assurance chômage).

Le rapport précise que les montants minima de l'allocation de chômage et de l'indemnité d'assurance chômage dépendent du montant du salaire minimum mensuel, c'est-à-dire qu'ils représentent, respectivement, 35 % et 50 % du salaire minimum mensuel défini pour l'exercice budgétaire précédent.

Étant donné qu'en 2019, le salaire minimum était de 540 € par mois, pour l'année 2020, le montant journalier minimum de l'allocation de chômage a été calculé comme suit : 540 €/31 jours \* 0,35 ou 6,10 €, et le montant journalier minimum de l'indemnité d'assurance chômage a été calculé comme suit : 540 €/30 jours \* 0,5 ou 9 €. Par conséquent, le Comité note qu'en 2020, le montant minimum de l'allocation de chômage était de 189 € par mois et le montant minimum de l'indemnité d'assurance chômage était de 270 € par mois. Il relève également dans le rapport qu'en 2019, ces montants étaient respectivement de 175 € par mois et de 258 € par mois.

Le Comité note par ailleurs que, d'après le rapport, les bénéficiaires de l'allocation de chômage et de l'indemnité d'assurance chômage ont toujours droit à l'allocation de subsistance et aux prestations familiales servies en fonction des besoins. Cependant, dans la mesure où leurs montants minima sont inférieurs à 40 % du revenu médian ajusté, le Comité ne tient pas compte de leur cumul avec d'autres prestations. Il considère dès lors qu'ils demeurent insuffisants et que la situation n'est pas conforme à l'article 12§1.

En ce qui concerne **l'allocation d'invalidité**, le rapport précise qu'en 2016, un nouveau système a été mis place (réforme de l'aptitude au travail) pour favoriser l'aptitude au travail. À cette occasion, les modalités d'évaluation de la capacité de travail et le système de prestations ont été modifiés. L'allocation d'aptitude au travail est indexée chaque année et son montant a par conséquent fortement augmenté. Il s'élevait, pour une personne inapte au travail, à 337,5 € en 2016 et 446,7 € en 2019. Le Comité relève dans la base de données MISSOC que l'allocation d'aptitude au travail est une prestation forfaitaire dont le montant journalier s'élevait à 13,79 € pour une personne inapte au travail et à 57 % de ce montant (7,86 €) pour une personne partiellement apte au travail. Le Comité demande que le prochain rapport confirme que les montants de l'allocation d'aptitude au travail indiqués dans le rapport sont également des montants minima.

S'agissant de la **pension de vieillesse contributive**, le Comité a demandé dans sa conclusion précédente que le prochain rapport fournisse une estimation du montant net de la pension à laquelle aurait droit une personne seule sans personne à charge ayant travaillé pendant 15 ans au salaire minimum. À cet égard, il relève dans le rapport que cette prestation s'élevait à 322 € en 2019. Il note par ailleurs que, selon le MISSOC, 100 % du montant de la pension nationale du 1<sup>er</sup> pilier (rahvapensioni määr) correspondait à 221,63 € par mois. Le Comité considère que ces montants sont insuffisants en ce qu'ils sont inférieurs à 40 % du revenu médian ajusté. Par conséquent, la situation n'est pas conforme à l'article 12§1.

### *Conclusion*

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

- le montant minimum de l'indemnité de maladie est insuffisant ;
- les montants minima de l'allocation de chômage et de l'indemnité d'assurance chômage sont insuffisants ;
- le montant minimum de la pension de vieillesse contributive est insuffisant.

## **Article 12 - Droit à la sécurité sociale**

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

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

Le Comité rappelle que l'Estonie a ratifié le Code européen de sécurité sociale le 19 mai 2004, et en a accepté les parties II-V et VII-X.

Le Comité relève dans la Résolution CM/ResCSS(2020)5 du Comité des Ministres sur l'application du Code européen de sécurité sociale par l'Estonie (période du 1<sup>er</sup> juillet 2018 au 30 juin 2019) que la législation et la pratique de l'Estonie continuent à donner pleinement effet à toutes les parties du Code qui ont été acceptées.

### *Conclusion*

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

## **Article 12 - Droit à la sécurité sociale**

### *Paragraphe 3 - Evolution du système de sécurité sociale*

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

Le Comité rappelle qu'il a été demandé aux Etats de répondre à deux questions ciblées pour l'article 12§3 de la Charte ainsi que, le cas échéant, aux conclusions précédentes 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 s'agissant des dispositions du groupe thématique « Santé, sécurité sociale et protection sociale »).

Dans sa conclusion précédente, le Comité avait estimé que la situation de l'Estonie était conforme à l'article 12§3 de la Charte (Conclusions 2017). Il limitera donc son examen aux réponses du Gouvernement aux deux questions ciblées, à savoir :

- la couverture sociale et ses modalités concernant les personnes employées ou dont le travail est géré par des plateformes numériques ; et
- tout impact de la crise liée à la covid-19 sur la couverture sociale, et toute mesure spécifique prise pour compenser ou atténuer un éventuel impact négatif.

Le Comité tient à souligner qu'il prendra note de la réponse à la seconde question à titre d'information uniquement car elle concerne des développements intervenus hors période de référence (i.e. 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.

### **Travailleurs des plateformes numériques**

Le Comité rappelle qu'il a posé une question ciblée à tous les Etats sur la couverture sociale des personnes employées ou dont le travail est géré par des plateformes numériques. L'émergence de ces nouvelles formes d'emploi a eu un impact négatif sur certains droits de ces travailleurs, comme exposé dans l'Introduction générale. En matière de sécurité sociale, le respect de l'article 12§3 de la Charte exige que les systèmes de sécurité sociale soient adaptés à la situation et aux besoins spécifiques des travailleurs concernés, afin de garantir qu'ils bénéficient des prestations sociales incluses dans le champ de l'article 12§1. Le Comité est pleinement conscient du fait qu'il existe des lacunes importantes dans la couverture sociale des travailleurs dans les nouvelles formes d'emploi, par exemple les travailleurs des plateformes. Il considère que les Etats parties ont l'obligation de prendre toutes les mesures nécessaires pour combler ces lacunes.

En particulier, les Etats parties doivent prendre des mesures pour assurer que tous les travailleurs dans les nouvelles formes d'emploi ont un statut juridique approprié (salarié, indépendant ou autre catégorie) et que ce statut est conforme à la situation de fait pour, ainsi, éviter des abus (comme l'utilisation du statut fictif d'indépendant pour contourner les règles applicables en matière de sécurité sociale) et conférer des droits suffisants à la sécurité sociale, tels que garantis par l'article 12 de la Charte, aux travailleurs des plateformes.

Dans son rapport, le Gouvernement indique qu'en Estonie, le statut juridique d'une personne qui fournit un service via une plateforme n'est pas clair et dépend souvent du service fourni. La couverture sociale de ces personnes varie selon leur situation professionnelle : sous contrat de travail, sous contrat de services, entrepreneur ou indépendant (voir le paragraphe ci-dessous). Dans tous les cas, deux conditions doivent être satisfaites pour avoir droit aux principales prestations sociales : le revenu doit être imposé et le montant mensuel minimum à acquitter au titre de l'impôt social doit être payé (178,20 € en 2020 ; l'impôt social est calculé sur la base du salaire minimum, lequel est déterminé chaque année). Environ 4 % de toutes les personnes qui fournissent des services via des plateformes numériques (soit

environ 4 400 personnes) ont déclaré que ces services sont leur source unique de revenus (enquête menée à la fin de l'année 2018).

Le Gouvernement précise que les personnes sous contrat de travail (i.e. les salariés) qui ont un revenu stable ont droit à une couverture sociale complète. Les revenus tirés d'un emploi sont soumis à l'impôt social (payé par les employeurs), et lorsque la personne salariée est inscrite au registre de l'emploi et que l'impôt social est payé, la couverture sociale est automatique. Cette couverture comprend l'assurance maladie et l'assurance retraite (premier pilier) ; l'assurance chômage est payée séparément. Les personnes sous contrat de services (i.e. les prestataires de services) sont couvertes par l'assurance maladie si elles paient l'impôt social minimum. En d'autres termes, les prestataires de services dont le travail est géré via des plateformes numériques doivent avoir un revenu stable ; à défaut (par exemple, lorsque la personne ne travaille qu'un petit nombre d'heures par mois), l'assurance pourrait être intermittente. Un nouveau mécanisme a été développé pour les entrepreneurs : le « compte entrepreneur » (entré en vigueur en 2019). Il s'agit d'un compte sur lequel une personne physique (l'entrepreneur) transfère les revenus de l'entreprise ; ces revenus sont imposés au taux de 20 % et le montant payé est réparti entre l'impôt social, y compris l'assurance maladie, l'assurance retraite (premier et deuxième piliers) et l'impôt sur le revenu. Ce mécanisme, auquel l'adhésion est volontaire, est considéré comme particulièrement approprié aux nouvelles formes d'entrepreneuriat (e.g. la fourniture de services d'une personne physique à une autre personne physique via des plateformes de services de covoiturage).

Le Comité prend note de ces informations, qui sont utiles mais ne lui permettent pas d'avoir une image complète de la couverture sociale dont bénéficient les travailleurs des plateformes numériques. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations détaillées et actualisées sur le nombre de travailleurs des plateformes numériques/leur proportion (pourcentage) par rapport au nombre total de travailleurs, leur statut (salariés, indépendants et/ou autre catégorie), le nombre/pourcentage de ces travailleurs par statut ainsi que la couverture sociale dont ils bénéficient (par statut).

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

En réponse à la seconde question, le Gouvernement énumère les mesures temporaires prises en 2020 pour atténuer l'impact négatif de la crise liée à la covid-19 sur la couverture sociale. Ces mesures incluent :

- le paiement des prestations durant les trois premiers jours d'arrêt maladie (qui ne sont habituellement pas couverts) entre le 13 mars et le 17 mai 2020 ;
- le maintien de l'assurance maladie pour les groupes de personnes qui doivent s'acquitter du montant mensuel minimum au titre de l'impôt social afin de bénéficier de l'assurance maladie (à compter du 1<sup>er</sup> mai 2020) ;
- l'octroi d'une aide extraordinaire aux parents d'enfants ayant des besoins spéciaux, dans le but de compenser partiellement les pertes de revenus des parents qui n'ont pas été en mesure de travailler car ils se sont occupés de leurs enfants, en raison par exemple de la fermeture d'institutions (avril-mai 2020) ;
- le paiement des salaires (à hauteur de 70 %) en cas de perturbation considérable de l'activité de l'employeur (à compter du 23 mars 2020) ;
- la prolongation de la validité (six mois) des décisions portant sur le versement de prestations pour incapacité de travail ou invalidité venues à échéance entre mars et août 2020.

### ***Conclusion***

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

## **Article 12 - Droit à la sécurité sociale**

### *Paragraphe 4 - Sécurité sociale des personnes se déplaçant entre les États*

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

### **Égalité de traitement et conservation des avantages acquis (article 12§4a)**

#### **Droit à l'égalité de traitement**

Le Comité rappelle que la garantie de l'égalité de traitement au sens de l'article 12§4 implique que les États parties suppriment de leur législation de sécurité sociale toute forme de discrimination à l'égard des ressortissants d'autres États parties (Conclusions XIII-4 (1996), Observation interprétative de l'article 12§4). Toute discrimination directe et indirecte doit être supprimée. La législation nationale ne peut réserver une prestation de sécurité sociale aux seuls nationaux, ni imposer aux étrangers des conditions supplémentaires ou plus restrictives. Elle ne peut pas non plus prévoir des conditions pour le bénéfice des prestations de sécurité sociale qui, bien qu'applicables indépendamment de la nationalité, sont plus difficiles à satisfaire par les étrangers et ont donc une incidence plus grande pour ceux-ci que pour les nationaux. En vertu de l'Annexe de la Charte, la législation peut cependant imposer une condition de durée de résidence pour l'octroi de prestations non contributives. À cet égard, il ressort de l'article 12§4 qu'une telle durée obligatoire de résidence doit être raisonnable. Le Comité estime que le droit à l'égalité de traitement concerne l'égalité d'accès au système de sécurité sociale et l'égalité des conditions ouvrant droit aux prestations.

Le Comité relève à cet égard dans le rapport qu'en ce qui concerne la coordination des systèmes de sécurité sociale, les États sont divisés en deux groupes : les États où la législation du pays d'origine (*lex loci domicilii*) s'applique, et les États où la législation du lieu de travail (*lex loci laboris*) s'applique. Selon le rapport, l'Estonie appartient aux États dont le système de sécurité sociale est fondé sur la *lex loci domicilii*.

Dans la mesure où la réglementation de l'Union européenne prime sur les lois estoniennes (à l'instar de tous les États membres de l'Union européenne), l'Estonie doit appliquer ladite réglementation. Si la réglementation de l'Union européenne n'exige pas l'harmonisation des systèmes de sécurité sociale, leur coordination est cependant fondée sur le principe *lex loci laboris*, dont l'application est inévitable. Néanmoins, selon le rapport, dans la mesure où le Conseil de l'Europe n'instaure pas de marché commun de l'emploi pour ses États membres, les ressortissants d'États parties à la Charte n'appartenant pas à l'EEE qui résident sur le territoire d'États parties à l'EEE ne sont pas soumis au principe *lex loci laboris*.

Cependant, d'après le rapport, l'Estonie n'exerce pas de discrimination fondée sur la nationalité en matière d'accès à la sécurité sociale. Le rapport fournit des données statistiques sur les prestations de sécurité sociale versées à des ressortissants d'Albanie, d'Arménie, de Bosnie-Herzégovine, de Macédoine du Nord, du Monténégro et de Serbie résidant légalement en Estonie, qui ont perçu des indemnités de maladie, des indemnités d'assurance chômage, des allocations de chômage, des allocations d'aptitude au travail et des prestations d'invalidité. Le rapport présente également des informations sur les ressortissants de ces États ayant reçu une attestation indiquant qu'ils sont couverts par le système de sécurité sociale estonien.

Le rapport précise que des consultations sont en cours avec trois États parties à la Charte – la Moldova, la Fédération de Russie et l'Ukraine. Elles ont pour but de modifier les accords existants, afin d'intégrer les modifications apportées à la législation estonienne en matière de sécurité sociale. Le nouveau Règlement 2016/679 de l'Union européenne sur la protection des données exige également que les échanges de données soient plus étroitement réglementés par les accords. Selon le rapport, la modification des accords est

un processus lent qui nécessite des ressources pérennes et peut prendre plus de cinq ans dans chaque État.

Le rapport explique que les consultations avec l'Azerbaïdjan et la Géorgie ont été interrompues parce que des réformes de la sécurité sociale étaient menées dans ces pays.

De plus, selon le rapport, l'Union européenne applique une approche commune à ces pays et exige que l'ouverture de consultations ou de négociations séparées soit strictement justifiée.

D'après le rapport, si la coordination des questions de sécurité sociale est jugée importante pour ces pays, alors ils doivent également pouvoir soulever ces questions pendant les négociations. Il s'agit de conclure des accords ou de modifier les accords existants afin que la coordination des systèmes de sécurité sociale soit réalisable (par exemple l'accord entre l'Union européenne et la Turquie).

Le Comité prend note des données statistiques fournies concernant le nombre de ressortissants d'Albanie, de Bosnie-Herzégovine, de Macédoine du Nord, du Monténégro et de Serbie vivant en Estonie. Il note que, d'après le rapport, compte tenu du faible nombre de ces ressortissants, la nécessité d'engager des consultations en vue de conclure des accords de sécurité sociale avec ces pays ne s'impose pas. S'agissant de l'Arménie, dont le nombre de ressortissants est plus élevé, le rapport précise que l'Estonie envisage de faire une nouvelle proposition pour débiter des consultations.

Le Comité considère que l'accès au système de sécurité sociale est garanti aux ressortissants d'autres États parties résidant légalement en Estonie. En outre, il demande si l'égalité des conditions d'accès aux prestations est aussi garantie.

S'agissant de l'égalité de traitement en matière de prestations familiales, le Comité rappelle que les allocations pour enfants à charge visent à compenser les frais que représente un enfant en termes d'entretien, de soins et d'éducation. Ces frais sont, pour la plupart, générés dans le pays où réside effectivement l'enfant.

Le Comité rappelle par ailleurs que les allocations pour enfants à charge sont prévues par plusieurs dispositions de la Charte, en particulier les articles 12§1 et 16. En vertu de l'article 12§1, les États parties ont l'obligation d'établir et de maintenir un système de sécurité sociale comprenant une branche de prestations familiales. En vertu de l'article 16, les États parties sont tenus d'assurer la protection économique de la famille par des moyens appropriés. Le principal moyen devrait consister en des prestations pour enfants versées dans le cadre de la sécurité sociale, prestations qui peuvent être universelles ou subordonnées à une condition de ressources. Les États parties ont une obligation unilatérale de verser les mêmes allocations pour enfants à charge à tous ceux qui résident sur le territoire, qu'ils soient nationaux ou ressortissants d'un autre État partie.

Le Comité a conscience que les États parties qui sont également membres de l'UE, sont tenus, en vertu de la réglementation européenne relative à la coordination des systèmes de sécurité sociale, d'appliquer des règles de coordination qui prévoient un niveau élevé d'exportabilité des allocations pour enfants et des prestations familiales. Lorsque la situation est couverte par la Charte et que la réglementation de l'UE n'est pas applicable, le Comité se fonde sur son interprétation selon laquelle le versement des allocations pour tous les enfants qui résident sur le territoire est une obligation unilatérale de tous les États parties à la Charte. Il décide de ne plus examiner la question de l'exportabilité des allocations pour enfants à charge sous l'angle de l'article 12§4a.

Le Comité se limitera à déterminer à l'aune de l'article 12§4a de la Charte si les allocations pour enfants à charge sont versées pour les enfants résidents originaires d'un autre État partie au même titre que pour les nationaux, assurant ainsi l'égalité de traitement de tous les enfants qui résident dans le pays. À l'aune de l'article 16, le Comité examinera l'égalité d'accès des familles aux prestations familiales et la question de savoir si la législation

impose aux familles une durée obligatoire de résidence pour l'octroi des allocations pour enfants à charge.

À cet égard, le Comité relève dans le rapport que le versement par l'État de prestations familiales est fondé sur le principe *lex loci domicilii*, ce qui signifie que les enfants pour lesquels l'allocation est versée, ainsi que leurs parents, doivent résider en Estonie. Le droit aux dites prestations ne dépend pas de la nationalité ni du fait que le parent occupe ou non un emploi, suive ou non des études ou exerce ou non d'autres activités.

Au sein de l'Union européenne, des mesures sont prises pour éviter tout double paiement des prestations familiales. Ainsi, il est régulièrement vérifié dans quel pays les parents travaillent, dans quel pays l'enfant réside et avec quel parent vit l'enfant. Le versement des prestations familiales dépend donc de la disponibilité d'un ensemble de données fiables. Pour un enfant résidant en Estonie, ces données sont obtenues à partir de différentes bases de données nationales, et dans le cadre de l'Espace économique européen et de la Suisse, ces données sont échangées entre les pays. Un système d'information électronique entre les autorités nationales compétentes est actuellement développé.

Il n'est, d'après le rapport, pas possible de verser des prestations familiales si ces données ne sont pas disponibles. Il serait en effet inéquitable pour les familles et les enfants qui perçoivent des prestations sur la base de données fiables d'autoriser le contraire. Le rapport fournit également des données statistiques sur le nombre de ressortissants d'Albanie, d'Arménie, de Serbie et du Kosovo qui ont perçu des allocations familiales de l'Estonie pendant la période de référence.

Sur cette base, le Comité considère que l'égalité de traitement en matière d'accès aux prestations familiales est garantie.

### ***Droit à la conservation des avantages acquis***

Le Comité rappelle que les prestations de vieillesse, d'invalidité ou de survivant et les rentes d'accidents du travail ou de maladie professionnelle acquises au titre de la législation d'un État et aux conditions d'octroi fixées par cette législation devraient être maintenues (exportées) même si l'intéressé s'installe dans un autre État.

En ce qui concerne les mesures unilatérales qui auraient été prises pour assurer la conservation des avantages acquis, le Comité a précédemment demandé des informations sur les modifications apportées à la loi relative à l'assurance pension de l'État. Il relève à cet égard dans le rapport que les modifications à cette loi sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018. Par conséquent, depuis 2018, toutes les pensions de vieillesse et de survivant acquises en Estonie ont été exportées partout dans le monde. Cela signifie que les pensions acquises en Estonie aussi bien par des ressortissants estoniens que par des ressortissants de tous les autres États parties à la Charte sont aussi versées en dehors de l'UE, de l'AELE et des autres pays couverts par des accords en matière de pension. En 2018, 181 personnes ont perçu des pensions hors de l'UE ou de pays avec lesquels l'Estonie a conclu des accords bilatéraux. Leur nombre est passé à 210 en 2019. Le rapport précise également que l'Estonie ne fait pas dépendre le droit à pension de la nationalité du titulaire. À cet égard, le rapport fournit des données statistiques sur le nombre de ressortissants d'autres États parties qui ont perçu une pension de l'Estonie pendant la période de référence.

D'après le rapport, cette décision du Parlement estonien concernant la conservation des pensions a représenté une évolution importante, qui a nécessité des ressources administratives et des fonds supplémentaires pour les pensions. Selon le rapport, il n'est actuellement pas envisagé d'étendre unilatéralement le versement d'autres prestations de sécurité sociale. Le Comité rappelle à cet égard que les prestations d'invalidité ou de survivant et les rentes d'accidents du travail ou de maladie professionnelle acquises au titre de la législation d'un État et aux conditions d'octroi fixées par cette législation devraient être maintenues (exportées) même si l'intéressé s'installe dans un autre État.



Il demande quelles règles s'appliquent aux prestations d'invalidité et de survivant et aux rentes d'accident du travail ou de maladie professionnelle lorsque le bénéficiaire qui a acquis des droits à ces prestations retourne dans son pays d'origine. Dans l'intervalle, le Comité réserve sa position quant à l'exportabilité de ces avantages.

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

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 12§4b, le fait d'avoir changé de pays d'emploi sans avoir accompli la période d'emploi ou d'assurance nécessaire au regard de la législation de cet État pour avoir droit à certaines prestations et en déterminer le montant ne doit pas être à l'origine de préjudices. L'application du droit au maintien des droits en cours d'acquisition requiert, au besoin, l'addition des périodes d'emploi ou d'assurance effectuées sur le territoire d'un autre État partie, en vue de permettre l'ouverture des droits à prestations, ainsi que le calcul et le versement de celles-ci. S'agissant des prestations de longue durée, le principe du prorata devrait également être appliqué. Les États ont le choix des moyens pour maintenir les droits en cours d'acquisition : accord bilatéral ou multilatéral, ou mesures unilatérales, législatives ou administratives. Les États qui ont ratifié la Convention européenne de sécurité sociale sont présumés avoir fait suffisamment d'efforts pour garantir le maintien de ces droits.

Dans sa précédente conclusion, le Comité a considéré que la situation n'était pas conforme à la Charte au motif que les décisions prises dans le cadre des accords de stabilisation et d'association et de l'accord UE-Arménie ne garantissaient pas en tant que telles la possibilité de totaliser les périodes d'assurance ou d'emploi par les ressortissants de l'Albanie, de l'Arménie, de la Bosnie-Herzégovine, de la Macédoine du Nord, du Monténégro et de la Serbie.

Il constate que le rapport ne contient aucune information sur ce point. Par conséquent, le Comité réitère sa précédente conclusion de non-conformité sur ce point.

#### ***Conclusion***

Le Comité conclut que la situation de l'Estonie n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte au motif que le droit au maintien des droits en cours d'acquisition n'est pas garanti pour tous les ressortissants des autres États parties.

## **Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale**

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

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

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 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 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.

Dans sa conclusion de 2013, le Comité avait conclu que la situation de l'Estonie n'était pas conforme à l'article 13§1 de la Charte au motif que le montant de l'assistance sociale accordée à une personne seule sans ressources était insuffisant.

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

Selon le rapport, le revenu minimum en Estonie pour un individu ou un ménage sans ressources est l'allocation de subsistance. Elle se compose de deux parties : les frais réels de logement et une allocation versée au niveau de subsistance. Cette prestation est non contributive, soumise à condition de ressources et non imposable. Les autorités locales gèrent l'allocation de subsistance et peuvent exercer un pouvoir discrétionnaire dans certaines limites. Il n'existe pas de régimes parallèles de revenu minimum en Estonie. L'allocation de subsistance est accordée à une personne vivant seule ou en famille dont le revenu net après paiement des frais de logement (dans certaines limites) est inférieur au niveau de subsistance. Le niveau de subsistance est destiné à couvrir les dépenses minimales liées à la consommation de nourriture, de vêtements, de chaussures et d'autres biens et services. Le Parlement fixe chaque année le niveau de l'allocation de subsistance. Depuis 2019, le niveau de subsistance a été porté à 150 € (contre 130 en 2016) : le niveau de subsistance pour un parent isolé ou le premier membre de la famille est de 150 € ; le niveau de subsistance de chaque membre suivant de la famille est de 120 € (80 % du niveau unique) et le niveau de subsistance de chaque mineur est de 180 € (120 % du niveau unique). Il existe un supplément pour les parents isolés de 15 € par mois.

Le Comité note que certaines modifications du règlement relatif à l'allocation de subsistance ont été introduites en 2018. Un nouvel élément du dispositif était que si un bénéficiaire de l'allocation de subsistance ou un membre d'une famille demandant l'allocation commence à percevoir des revenus du travail et a bénéficié de l'allocation de subsistance pendant au moins deux mois précédents, les éléments suivants ne sont pas pris en compte dans l'examen des revenus : 100 % des revenus professionnels pendant les deux premiers mois ; 50 % des revenus professionnels pendant les 4 mois suivants. Il est possible d'utiliser cette exception une fois sur 24 mois par membre de la famille. Avant la modification, une personne qui avait bénéficié de l'allocation de subsistance perdait généralement le droit à cette allocation dès qu'elle commençait à travailler. En outre, le salaire gagné par les étudiants n'est pas inclus dans les revenus de la famille lors du calcul de l'allocation de

subsistance. L'allocation familiale basée sur les besoins, qui était en vigueur depuis juillet 2013 (avec le dernier taux 45 € dans le cas d'un enfant, 90 € dans le cas de deux enfants ou plus), a été supprimée et intégrée au régime de l'allocation de subsistance. Toutes les prestations familiales sont entièrement incluses dans le revenu familial lors du calcul des prestations de subsistance. Enfin, les autorités locales ont reçu une plus grande latitude pour prendre en compte la situation, la richesse et les biens de la personne ainsi que les circonstances générales dans le pays. Dans certains cas, les autorités locales ont le droit de fixer des conditions plus favorables pour l'octroi de l'allocation de subsistance. Les municipalités locales peuvent également refuser d'accorder l'allocation ou réduire le montant de l'allocation si le demandeur ou un membre d'une famille demandant une allocation est une personne en âge de travailler et capable de travailler, ne travaille pas, ne cherche pas d'emploi ou n'étudie pas à plein temps ou n'accepte pas l'aide et les services supplémentaires fournis par l'autorité locale. Selon le rapport, ces mesures ont été introduites dans le but de motiver les bénéficiaires à travailler.

À cet égard, le Comité avait précédemment demandé dans sa conclusion de 2017 si, en cas de refus de la prestation lorsque la personne refuse à plusieurs reprises une offre d'emploi, ces personnes pouvaient toujours avoir droit à l'aide sociale d'urgence conformément à la législation. Le rapport indique que le refus d'une offre d'emploi ou le fait de ne pas être inscrit comme chômeur ou demandeur d'emploi auprès du Fonds estonien d'assurance chômage est l'un des motifs de refus d'octroi d'une prestation de subsistance. Toutefois, selon l'article §8 de la loi sur la protection sociale, l'aide sociale d'urgence est accordée à toutes les personnes qui se trouvent dans une situation de détresse sociale en raison de la perte ou de l'absence de moyens de subsistance, ce qui leur garantit au moins de la nourriture, des vêtements et un logement temporaire. L'aide sociale d'urgence est une aide fondée sur les besoins, qui est fournie à toute personne dans le besoin jusqu'à ce qu'elle ne soit plus en situation de détresse sociale. En outre, une aide alimentaire est distribuée deux fois par an aux bénéficiaires de l'allocation de subsistance, aux personnes et aux familles qui, en fonction de leurs revenus, ont droit à l'allocation de subsistance, aux bénéficiaires de certaines prestations des collectivités locales et aux personnes hébergées dans des foyers.

En ce qui concerne l'*assistance médicale*, le Comité a noté dans ses conclusions précédentes (2013, 2017) que 92,0 % de la population était couverte par l'assurance maladie et que tous les chômeurs inscrits sont couverts par l'assurance maladie depuis 2009. Le rapport ne contient aucune information à cet égard, pas plus que sur l'assistance sociale pour les personnes âgées. Le Comité demande au prochain rapport de fournir des informations sur le niveau actualisé de l'assurance maladie pour les populations vulnérables, et de l'assistance sociale pour les personnes âgées.

### ***Niveau des prestations***

Pour évaluer la situation au cours de la période de référence, le Comité prend note des informations suivantes :

- Allocation de base : selon le rapport et le MISSOC, la personne seule ou la première personne de la famille reçoit 150 € d'allocation de subsistance. Le Comité avait demandé si l'allocation destinée à couvrir les frais de logement était accordée en plus de l'allocation de subsistance ou si elle était déjà incluse dans le montant accordé. Le Comité a également demandé des informations sur le montant moyen accordé comme allocation de logement à une personne seule recevant une allocation de subsistance. Selon le MISSOC, ce montant est le minimum à percevoir après déduction des frais de logement. Le rapport explique également que l'allocation de subsistance en Estonie se compose de deux parties : les frais de logement réels et une allocation versée au niveau de subsistance. Le niveau de subsistance est prévu pour un certain revenu minimum garanti, dont la personne devrait disposer après paiement des frais de logement, donc à l'exclusion de ceux-ci. Depuis 2019, le niveau de subsistance

pour un seul ou premier membre de la famille est de 150€, chaque membre adulte suivant de la famille 120€ (80 % du niveau simple) et chaque membre mineur de la famille 180€ (120 % du niveau simple). Pour calculer le montant de l'allocation de subsistance, les frais de logement sont pris en compte dans les limites des normes spécifiées pour les logements. La limite des normes de logement est de 18 m<sup>2</sup> pour chaque membre de la famille et de 15 m<sup>2</sup> supplémentaires par famille. Il y a une exception pour les retraités et les personnes ayant une capacité de travail partielle ou nulle – la limite pour eux, s'ils vivent seuls, est de 51 m<sup>2</sup>. Les autorités locales fixent annuellement les limites des coûts de logement pour assurer une subsistance décente.

- Prestations complémentaires : le bénéficiaire de l'allocation de subsistance dont les membres de la famille sont tous mineurs (moins de 18 ans) a le droit de recevoir une prestation sociale complémentaire de 15 € en plus de l'allocation de subsistance. Selon le MISSOC, le montant exact de l'allocation de subsistance dépend de la composition de la famille et des frais de logement. Le Comité note que les dépenses de logement sont prises en compte dans les limites des normes sociales justifiées en matière de logement et des limites fixées par les autorités locales. Le rapport indique également que pour le calcul de l'allocation de subsistance, différents coûts sont pris en compte, tels que le loyer, les frais d'administration de l'immeuble, y compris les coûts liés aux réparations, le remboursement du prêt contracté pour la rénovation de l'immeuble, le coût des services d'approvisionnement en eau et d'évacuation des eaux usées, etc. Toutefois, il n'existe pas d'allocations de logement distinctes.
- Le seuil de pauvreté, défini comme 50 % du revenu équivalent médian et calculé sur la base de la valeur du seuil de risque de pauvreté d'Eurostat, a été estimé à 478 € en 2019.

À la lumière des données ci-dessus, le Comité considère que le niveau d'aide sociale pour une personne seule est inadéquat dans la mesure où l'aide sociale minimale pouvant être obtenue est inférieure au seuil de pauvreté.

### ***Droit de recours et aide judiciaire***

Le Comité a demandé dans sa conclusion précédente (2013) que le prochain rapport fournisse des informations actualisées concernant le droit d'appel et l'aide juridictionnelle. Le Comité prend note des informations contenues dans le rapport. Le paragraphe 36 de la partie générale de la loi sur le code social (entrée en vigueur en 2016) donne les motifs pour introduire un recours contre toute décision ou opération prise par l'autorité administrative. En cas de désaccord avec la décision relative à l'allocation de subsistance, le demandeur a le droit de déposer une plainte auprès de l'administration locale dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle il a pris connaissance de la décision, ou de déposer un recours auprès d'un tribunal administratif dans le même délai. L'aide juridique de l'État est fournie aux personnes qui ne peuvent pas payer ou qui ne peuvent payer que partiellement les services juridiques compétents en raison de leur situation financière au moment où elles ont besoin de l'aide juridique, ou si la situation financière de la personne ne permet pas de répondre aux besoins de subsistance de base après avoir payé les services juridiques. Plusieurs associations à but non lucratif fournissent une assistance juridique aux personnes ayant des besoins financiers. Ces associations peuvent souvent être soutenues par les municipalités locales, les universités ou les autorités publiques. HUGO.legal, en coopération avec le ministère de la justice estonien, fournit des conseils juridiques à des conditions favorables à tous les résidents estoniens dont le revenu mensuel brut ne dépasse pas 1700€. Pour bénéficier de l'aide juridique, un accord avec le client doit être conclu et un co-paiement de 5 € doit être payé. L'aide juridique est fournie, à quelques exceptions près, dans toutes les matières juridiques et sous toutes les formes, qu'il s'agisse de consultations sur place dans tous les centres de comté ou en ligne. La Chambre estonienne des personnes handicapées et l'Union estonienne des associations de retraités fournissent

également des conseils juridiques aux personnes ayant des besoins particuliers et aux personnes ayant l'âge de la retraite, respectivement.

### ***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 conclusion précédente (2013), le Comité a demandé la confirmation que la compréhension suivante est correcte : dans le cas des résidents temporaires, le permis de séjour de la personne peut ne pas être renouvelé si la personne a reçu des prestations de subsistance, mais il ne sera pas retiré avant son expiration légale, au seul motif que la personne concernée est dans le besoin.

Le rapport confirme cette interprétation.

#### 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 organisations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) c. Pays-Bas, réclamation n° 86/2012, décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014, §187).

Le Comité note dans le rapport que, selon la loi sur la protection sociale, toute personne séjournant en Estonie a le droit de recevoir une assistance sociale d'urgence. Selon le rapport, l'organisation de la fourniture des services sociaux, de l'assistance sociale d'urgence et d'autres aides, ainsi que l'octroi et le paiement des prestations sociales relèvent de la compétence des autorités locales. Les soins d'urgence fournis par les hôpitaux, les médecins de famille et les ambulances d'urgence sont gratuits pour tous en Estonie, y compris pour les migrants en situation irrégulière. Le rapport renvoie à son 14 rapport national introduit en 2016 pour plus de détails à ce sujet.

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

Le rapport indique que pendant la crise de la covid-19, les autorités locales ont continué à verser les prestations de subsistance, ainsi que d'autres prestations relevant de leurs compétences, et à fournir une aide alimentaire et d'autres services. Il n'y a pas eu de mesures d'assistance sociale spécifiques mises en œuvre au niveau central pour les personnes sans ressources. Dans le but de prévenir d'autres difficultés pour les parents d'enfants ayant des besoins spéciaux, l'État a introduit une aide financière temporaire. Cette prestation fournit un revenu soutenu par l'État aux parents qui ont pris un congé sans solde en raison de la fermeture des jardins d'enfants et des écoles, afin de garantir la surveillance quotidienne, le soutien scolaire et les procédures d'hygiène personnelle de leurs enfants. Les parents d'enfants souffrant d'un handicap profond, grave ou modéré, de besoins éducatifs spéciaux et d'un manque d'immunité ont reçu 70 % de leur revenu moyen de l'année civile précédente pour chaque jour civil de congé non rémunéré. La mesure était applicable jusqu'à la fin de la situation d'urgence (17 mai 2020). Le budget de la mesure était de 10 millions d'euros. Le régime d'indemnités de maladie a également été temporairement étendu pour couvrir les trois premiers jours de congé de maladie, qui étaient auparavant à la charge des personnes.

Alors que la définition des soins médicaux d'urgence n'a pas changé dans la loi, pendant la pandémie, la liste des services médicaux couverts était plus large qu'auparavant. Dans le cas d'une suspicion de la covid-19 avec une personne non couverte par l'assurance maladie, tous les services nécessaires sont couverts – soins d'urgence en ambulance, diagnostics, traitement dans les soins spécialisés et au niveau des soins primaires. La loi sur la protection sociale a été complétée par une réglementation spécifique sur les mesures de soutien financier à appliquer en cas de situation extraordinaire pour prévenir les difficultés à faire face à une situation extraordinaire. Les amendements stipulent que lors d'une situation d'urgence, d'un état d'urgence ou d'un état de guerre, le gouvernement peut adopter des mesures de soutien financier supplémentaires pour soulager et prévenir les difficultés d'adaptation résultant de la situation d'urgence, de l'état d'urgence ou de l'état de guerre. Les personnes dont l'adaptation peut s'être détériorée de manière significative en raison de la situation d'urgence, de l'état d'urgence ou de l'état de guerre ont droit à des mesures de soutien financier. Le coût unique d'une mesure de soutien financier ne peut être inférieur à 5 € ou supérieur à dix fois le niveau de subsistance. Les mesures de soutien financier peuvent être appliquées jusqu'à ce que la nécessité de telles mesures cesse d'exister, mais pas plus de 60 jours après la fin d'une situation d'urgence, d'un état d'urgence ou d'un état de guerre. Les mesures peuvent être appliquées rétroactivement à partir de la déclaration d'une situation d'urgence, d'un état d'urgence ou d'un état de guerre. Le rapport indique que l'épidémie de la covid-19 n'a pas entraîné une augmentation rapide du nombre de personnes dans le besoin, mais que depuis mai 2020, on observe une légère augmentation du nombre de bénéficiaires de l'allocation de subsistance. Cette augmentation devrait se poursuivre dans un avenir proche, car les mesures d'aide offertes aux personnes ayant perdu leur emploi par le Fonds estonien pour le chômage (allocations d'assurance chômage, indemnités de licenciement, allocations de chômage) touchent à leur fin et le nombre de bénéficiaires d'allocations de subsistance augmente toujours en automne (puisque les emplois saisonniers prennent fin et que les coûts de logement sont plus élevés en raison du chauffage).

Le Comité demande au prochain rapport de produire des informations supplémentaires sur l'assistance sociale et les mesures spécifiques prises pendant la pandémie de la covid-19.

### *Conclusion*

Le Comité conclut que la situation de l'Estonie n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte au motif que le niveau de l'assistance sociale versée à une personne seule sans ressources n'est pas suffisant.

**Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale**

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

Le Comité note qu'aucune question ciblée n'a été posée au titre de cette disposition. La conclusion précédente ayant conclu à la conformité de la situation, il n'y a pas eu d'examen de la situation dans la période de référence.

**Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale**

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

Le Comité rappelle qu'aucune question ciblée n'a été posée pour cette disposition. La conclusion précédente ayant été une conclusion de conformité, il n'y a pas eu d'examen dans le présent cycle.



**Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale**

*Paragraphe 4 - Assistance d'urgence spécifique aux non-résidents*

Le Comité note qu'aucune question ciblée n'a été posée au titre de cette disposition. La conclusion précédente ayant conclu à la conformité de la situation, il n'y a pas eu d'examen de la situation dans la période de référence.

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

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

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

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 renvoie à sa conclusion précédente pour une description de l'organisation générale des services sociaux, conclusion dans laquelle il a jugé la situation conforme à la Charte (Conclusions 2017). Il prend note des informations communiquées en réponse aux questions posées dans sa conclusion précédente (Conclusions 2017) concernant la mise en œuvre du plan 2016-2023 dans le domaine de l'action sociale, la mise en œuvre du plan de développement de la protection sociale et des prises en charge spécifiques sur la période 2014-2020, les mesures visant à garantir un accès égal et effectif aux services sociaux et le soutien apporté aux collectivités locales pour les aider à développer l'offre de services sociaux.

Le Comité comprend, d'après le rapport, que la fourniture de services sociaux n'a pas été interrompue durant la pandémie de covid-19. Le rapport rappelle les difficultés liées à cette période et les mesures adoptées pour y remédier. Dans les établissements de long séjour, comme les maisons de retraite et autres structures offrant des soins de longue durée, les visites ont été interdites et les résidents ont été soumis à des restrictions de déplacement. Cela a engendré un isolement social et ils ont souffert de la solitude. Dans une région, l'Office d'assurance sociale estonien a organisé la mise à disposition d'ordinateurs portables pour permettre aux résidents de communiquer avec leurs proches. Toutefois, cette pratique n'était pas généralisée à l'échelle du pays. Le Conseil de la santé a mis en place un groupe de travail national sur la protection sociale chargé de coordonner les réponses à la covid-19 dans les établissements de long séjour, afin de les soutenir pendant le confinement, de fournir des lignes directrices et de suivre l'évolution de la situation. Le gouvernement a publié des directives et des informations et recommandations concernant les conditions de travail, l'hygiène, la quarantaine et la sécurité pour aider les prestataires de services à protéger les résidents et les personnels.

Le Comité rappelle que le droit au bénéfice des services sociaux que prévoit l'article 14§1 fait obligation aux Parties de mettre en place un ensemble de services sociaux permettant d'atteindre ou de préserver un niveau de bien-être et de résoudre d'éventuels problèmes d'adaptation sociale (Conclusions 2005, Bulgarie). Le rapport indique que durant la pandémie, des lignes d'écoute téléphonique ont été mises en service pour donner des informations sur la crise sanitaire, la situation d'urgence et les mesures de soutien liées à la covid-19 ; elles offraient aussi des premiers secours psychologiques. S'agissant du soutien

aux catégories vulnérables, le centre de compétence Démences a élaboré des lignes directrices et des recommandations s'adressant aux proches aidants et aux membres de la famille vivant avec des personnes atteintes de démence. D'après les informations transmises par la plupart des collectivités locales, ces dernières ont contacté (principalement par téléphone) les personnes âgées de leur région et ont réagi en leur fournissant services et assistance le cas échéant. La prestation des services à domicile s'est poursuivie, et les collectivités locales ont fait état un besoin accru de tels services. Les travailleurs sociaux, épaulés par des bénévoles, ont approvisionné les personnes âgées en nourriture et en médicaments. Plusieurs collectivités locales ont continué à fournir des repas scolaires pour les enfants pendant la fermeture des écoles.

Le Comité rappelle que les ressources des services sociaux doivent être à la hauteur de leurs responsabilités et suivre l'évolution des besoins des usagers. Cela suppose que : le personnel soit qualifié et suffisamment nombreux ; les décisions soient prises au plus près des usagers ; des mécanismes soient mis en place pour vérifier le caractère adéquat des services, tant publics que privés. À cet égard, le rapport indique que durant la pandémie de covid, le gouvernement a octroyé aux collectivités locales un soutien financier supplémentaire de 130 millions d'euros pour atténuer les effets de la crise. Comme indiqué plus haut, des bénévoles ont été mobilisés quand il le fallait.

Le rapport ne contenant pas d'information sur les mesures spécifiques prises dans l'éventualité de futures crises de ce type,

#### *Conclusion*

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

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

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

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

Il rappelle que l'article 14§2 fait obligation aux États 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 est 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 rapport précise qu'il n'existe pas, en Estonie, d'approche générale de la participation des usagers aux services sociaux, bien qu'une attention croissante y soit accordée. Le rapport présente également des exemples de bonnes pratiques dans ce domaine, telles que l'initiative « Garage 48 », lancée en 2017 dans le but de trouver des idées innovantes pour améliorer le bien-être des Estoniens, une série de marathons de programmation sociaux organisés dans la région de Võru auxquels toute personne est invitée à participer pour développer des services innovants et rechercher des solutions pour faciliter la vie, et le projet pilote de conception de services axés sur la personne dans le domaine des soins spécialisés, visant à accroître la participation des collectivités locales à la fourniture de services à ce groupe cible).

En juin 2020, un livre vert sur les innovations technologiques dans le domaine de la protection sociale a été approuvé par le gouvernement. Il présente des modèles de services et explique comment mettre en œuvre de nouvelles solutions technologiques et développer les connaissances et les compétences pour fournir des services de soins de longue durée de haute qualité. Les solutions technologiques (notamment numériques et à distance) pourraient faciliter le maintien à domicile en améliorant le bien-être et la qualité de vie des personnes. Le rapport explique cependant que le recours à ces solutions n'a pas été très marqué en Estonie. Il devra donc être activement encouragé et les capacités en la matière devront être renforcées dans les prochaines années. Le Comité demande quelles mesures sont prises à cet égard. Il demande également comme la participation des usagers est encouragée dans la législation et dans la prise de décision, et si des mesures concrètes, y compris budgétaires, ont été adoptées ou sont envisagées pour la faciliter. Entre-temps, il considère que les informations dont il dispose ne lui suffisent pas pour se prononcer sur le respect des conditions énoncées à l'article 14§2.

Le Comité prend note des informations concernant les critères de qualité que les prestataires de services doivent respecter.

### *Conclusion*

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

### **Article 30 - Droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale**

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

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 mesures (juridiques, pratiques et proactives, y compris en ce qui concerne le contrôle et l'inspection) prises pour veiller à ce qu'aucune personne ne tombe sous le seuil de pauvreté, durant et après la crise de la covid-19, les effets de ces mesures et les précédents constats de non-conformité ou décisions d'ajournement.

Le Comité tient à souligner qu'il prendra note de la réponse à la question relative à la covid-19 à titre d'information uniquement, dans la mesure où elle concerne des évolutions survenues en dehors de la période de référence (à savoir, après le 31 décembre 2019). En d'autres termes, les informations mentionnées dans la section « Pauvreté et exclusion sociale en période de crise de la 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.

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

#### ***Mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale***

Le Comité rappelle que dans le cadre de l'article 30, les États parties doivent fournir des informations détaillées sur la manière dont ils mesurent la pauvreté et l'exclusion sociale. Le principal indicateur utilisé pour mesurer la pauvreté est le taux de pauvreté relative. Cela correspond au pourcentage de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté, qui est fixé à 60 % du revenu médian ajusté.

Le Comité note que les informations fournies dans le rapport national sur les indicateurs de pauvreté pour la période 2015-2018 correspondent aux données publiées par Eurostat pour la période 2016-2019. Partant, il se référera aux données Eurostat.

Le Comité relève que le taux de risque de pauvreté (la limite était fixée à 60 % du revenu médian ajusté après transferts sociaux) est resté stable durant la période de référence. Il était de 21,7 % en 2016 et en 2019 (le taux pour les 28 pays de l'UE s'élevait à 17,3 % en 2016 et à 16,8 % en 2019). Toutefois, il observe une différence du taux de risque de pauvreté (après transferts sociaux) entre les sexes, de 4,8 % en 2016, 4,9 % en 2017 et 2018, et 4,4 % en 2019.

Le Comité relève aussi que les chômeurs (16-64 ans) constituent un groupe particulièrement vulnérable : en Estonie, près de la moitié d'entre eux (54,8 % en 2016 et 52,6 % en 2019) étaient exposés au risque de pauvreté durant la période de référence. Les personnes actives étaient moins susceptibles d'être exposées au risque de pauvreté (10 % en 2016, 10,3 % en 2019).

Le taux de risque de pauvreté (la limite était fixée à 60 % du revenu médian ajusté après transferts sociaux) des personnes âgées de plus de 65 ans était également relativement élevé. Il atteignait 40,2 % en 2016 et 43,7 % en 2019 (35,8 % en 2015, 17,2 % en 2012, 15,1 % en 2010). Le Comité note que ce taux était presque trois fois plus élevé que la moyenne des 28 pays de l'Union européenne (14,5 % et 16,5 % respectivement). S'agissant des enfants (moins de 16 ans), le taux de risque de pauvreté a légèrement baissé durant la période de référence, passant de 18,6 % en 2016 à 17,2 % en 2019.

En comparant les taux de risque de pauvreté avant et après transferts sociaux, le Comité relève aussi que l'impact des prestations sociales a augmenté durant la période de référence (7,2 % en 2016, 8,5 % en 2019).

Concernant l'indicateur des personnes en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (ARPE), qui, selon la méthodologie Eurostat, correspond au nombre de personnes qui (1) sont menacées par la pauvreté et/ou (2) vivent dans le dénuement matériel et/ou (3) vivent dans des ménages à très faible intensité de travail, le Comité observe que 24,4 % de la population estonienne était en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale sur la période 2016-2018. Cette proportion s'établissait à 24,3 % en 2019 (23,5 % en 2016 et 21,4 % en 2019 pour les 28 pays de l'Union européenne).

S'agissant des enfants (moins de 16 ans), le risque de pauvreté ou d'exclusion sociale a légèrement baissé pendant la période de référence, passant de 20,7 % en 2016 à 19,9 % en 2019 ; le Comité observe que ce taux est inférieur à la moyenne des 28 pays de l'UE (25,9 % et 23,1 % respectivement).

Le Comité observe que plus d'un cinquième de la population était considéré comme étant en risque de pauvreté durant la période de référence. Il relève en outre que la situation au regard du taux de risque de pauvreté a commencé à se dégrader en 2010 et ne fait qu'empirer. Selon le rapport, les populations les plus touchées sont principalement les personnes âgées, les personnes handicapées et les chômeurs. Le Comité en conclut que les niveaux de pauvreté sont significatifs et demeurent nettement supérieurs aux moyennes de l'UE.

### ***Approche suivie pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale***

Dans sa conclusion précédente, le Comité a constaté qu'il n'était pas clairement établi que l'Estonie mettait en œuvre une approche globale et coordonnée pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Il a toutefois réservé sa position sur la conformité de la situation à l'article 30 et demandé des informations supplémentaires (Conclusions 2017).

En réponse à la question du Comité concernant les mesures spécifiques envisagées pour les personnes âgées, vu leur taux de pauvreté très élevé, le rapport fait état de certaines mesures prises en ce sens pendant la période de référence, comme l'amélioration de l'accès aux services relatifs au marché du travail et une augmentation de la pension nationale (portée de 395 € en 2016 à 483 € en 2019). Il précise que la pension de vieillesse et la pension nationale sont servies y compris en cas d'emploi. En outre, une allocation (aide forfaitaire de 115 € par an) a été mise en place en 2017 pour les personnes vivant seules (selon les données du registre de la population) bénéficiaires d'une pension de vieillesse d'un montant inférieur à 1,2 fois celui de la pension de vieillesse moyenne. Le Comité note que les autres ressources de l'intéressé (salaire, autres allocations sociales ou revenus) ne sont pas prises en compte pour l'attribution de cette allocation et qu'elle n'est ni soumise à l'impôt sur le revenu ni incluse dans le revenu aux fins du calcul de l'allocation de subsistance.

Le Comité observe une hausse du taux d'emploi des personnes âgées de 63 à 74 ans durant la période de référence (de 29,8 % en 2016 à 32,6 % en 2019). Toutefois, comme indiqué précédemment, le taux de risque de pauvreté des plus de 65 ans était extrêmement élevé et n'a cessé d'augmenter depuis 2010. Le Comité note également que selon le rapport-pays établi dans le cadre du Semestre européen (Rapport 2018 pour l'Estonie), le risque de pauvreté des personnes âgées a augmenté, en grande partie parce que les pensions n'ont pas été indexées sur le niveau de vie.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2017), le Comité a noté que le Programme national de réforme « Estonie 2020 » avait pour but de ramener le taux de risque de pauvreté à 15 % d'ici 2020. Il a donc demandé à être informé des résultats obtenus, ainsi que des informations sur l'existence de mécanismes de coordination pour les mesures

prises pour améliorer l'insertion professionnelle des groupes défavorisés (personnes âgées, personnes handicapées, etc.), y compris au niveau de la fourniture de l'aide et des services (autrement dit, comment est assurée la coordination entre les bénéficiaires de l'assistance et les services).

En réponse, le rapport indique que les mesures économiques générales et l'amélioration de la performance économique ont eu une incidence sur l'emploi des groupes défavorisés. Les retraités en recherche d'emploi ont continué à bénéficier des politiques actives en faveur de l'emploi, à l'instar des autres groupes (voir *supra*). Il souligne en particulier que le Programme pour l'emploi 2017-2020 a été lancé pour prévenir et combattre le chômage tout en facilitant les changements structurels de l'économie. Les salariés les plus menacés par le chômage (comme les personnes ayant des problèmes de santé, les personnes dont les qualifications sont devenues obsolètes ou sans compétences professionnelles, celles dont les compétences linguistiques sont insuffisantes et les personnes de plus de 50 ans) étaient éligibles à des mesures de soutien à l'amélioration des compétences, à court ou à long terme, dans le cadre de l'éducation formelle et informelle. Les employeurs bénéficiaient aussi d'un soutien pour couvrir les coûts de formation des personnes nouvellement recrutées ou faciliter le nécessaire ajustement aux changements économiques. Le Comité relève dans le rapport que le taux de l'aide était plus élevé pour les salariés menacés de chômage.

Le Comité observe que, malgré toutes les mesures spécifiques prises durant la période de référence, le taux de risque de pauvreté (seuil : 60 % du revenu équivalent médian après transferts sociaux) était de 21,7 % en 2019. Le Rapport 2018 pour l'Estonie publié dans le cadre du Semestre européen confirme la sous-performance du pays, notamment au regard des objectifs nationaux de réduction de la pauvreté.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a noté que l'incidence des transferts sociaux avait diminué et était limitée (impact chiffré à plus de 36 % en 2010, contre 22 % seulement en 2015). Il a donc demandé si des mesures avaient été prises ou envisagées, et lesquelles, pour veiller à ce que les transferts sociaux induisent une réduction effective de la pauvreté. Il a aussi demandé des données démontrant que les ressources budgétaires allouées à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale étaient suffisantes au vu de l'ampleur du problème.

Le rapport indique que des modifications ont été apportées en 2018 à la réglementation régissant l'allocation de subsistance en vue d'assouplir le dispositif et d'encourager le retour à l'emploi des bénéficiaires (voir aussi Conclusions 2021, article 12§1). Depuis 2019, le seuil de subsistance s'élève à 150 € par mois pour une personne seule ou pour le premier membre de la famille ; il augmente de 120 % pour chaque membre mineur de la famille (depuis 2018, 180 €) et de 80 % pour chaque nouvel adulte (120 €). En outre, les bénéficiaires de l'allocation de subsistance dont tous les membres de la famille sont mineurs ont droit à une aide sociale complémentaire de 15 €, versée chaque mois en plus de l'allocation de subsistance. Il ressort du rapport que les allocations familiales ont également été augmentées, en particulier pour les familles nombreuses et les enfants handicapés (à titre d'exemple, depuis 2020 – hors période de référence –, les allocations ont été doublées en cas de handicap modéré ou sévère, et triplées en cas de handicap profond).

Le rapport indique que les transferts sociaux ont joué un rôle important dans la réduction de la pauvreté. Selon le rapport, en 2018 les diverses allocations, prestations et pensions servies par l'État ont réduit la pauvreté relative de 45 % (avant transferts sociaux, la part de la population vivant dans une pauvreté relative était de 39,3 % ; après transferts sociaux, cette proportion chutait à 21,7 %). Le rapport fournit aussi des données sur l'incidence des transferts sociaux sur la réduction de la pauvreté relative et absolue des personnes âgées et des enfants. Le Comité réitère néanmoins que les données figurant dans le rapport ne correspondent pas aux données publiées par Eurostat pour les mêmes indicateurs. Dès lors, il prend en compte les données Eurostat sur la pauvreté. Le Comité note par conséquent

que l'incidence des transferts sociaux a légèrement augmenté durant la période de référence, passant de 24,91 % à 28,15 %. Ces taux restent cependant en-deçà de la moyenne des 28 pays de l'Union européenne (31,64 % et 33,07 % respectivement).

Le Comité relève dans le rapport-pays établi dans le cadre du Semestre européen (Rapport 2018 pour l'Estonie) que les dépenses de protection sociale de l'Estonie sont inférieures à celles de ses pairs en Europe et que son filet de sécurité sociale est insuffisant, particulièrement au regard des besoins d'une population de plus en plus âgée. Les dépenses de protection sociale par habitant et les dépenses consacrées à la protection sociale (moyenne pondérée) figurent parmi les plus faibles au sein de l'UE.

Le Comité renvoie par ailleurs à ses conclusions de non-conformité relatives aux autres dispositions pertinentes de la Charte pour l'évaluation de la conformité à l'article 30 (cf. Conclusions 2013, Déclaration d'interprétation sur l'article 30). Il se réfère en particulier à :

- l'article 12§1 et à sa conclusion que le niveau minimum de plusieurs prestations de la sécurité sociale (maladie, chômage, pension de vieillesse contributive) est insuffisant (Conclusions 2021) ;
- l'article 13§1 et à sa conclusion que le niveau de l'assistance sociale versée à une personne seule sans ressources n'est pas suffisant (Conclusions 2021).

Le Comité observe que malgré les mesures prises pour assurer une meilleure adéquation des pensions et de l'allocation de subsistance, ainsi que des allocations familiales plus élevées, une part grandissante de la population est toujours menacée de pauvreté. Ceci est particulièrement vrai pour les personnes âgées. Compte tenu de ce qui précède, le Comité considère que la situation n'est pas conforme à l'article 30 au motif qu'il n'existe pas d'approche globale et coordonnée adéquate en place pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

### **Contrôle et évaluation**

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé des informations sur l'existence de mécanismes de contrôle couvrant tous les secteurs et domaines de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Il a aussi demandé comment les particuliers, les instituts de recherche et les associations à but non lucratif participaient à l'évaluation des mesures de réduction de la pauvreté (Conclusions 2017).

En réponse, le rapport indique que le Plan de développement de la protection sociale 2016-2023 a été adopté par le gouvernement en 2016. L'objectif est de définir une approche globale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Un comité a en outre été institué pour (1) conduire l'élaboration et la mise en œuvre du plan (objectifs de développement, mesures, programmes d'activité et rapports annuels) et (2) agir en qualité d'organe consultatif concernant les axes prioritaires des Fonds structurels dans les domaines de l'inclusion sociale et de l'accès au marché du travail. Selon le rapport, ce comité est composé de représentants de plusieurs ministères, des partenaires sociaux et d'ONG œuvrant dans le champ social (Association des villes et municipalités estoniennes, Réseau européen de lutte contre la pauvreté, Union estonienne pour la protection de l'enfance, Association estonienne des personnes handicapées, Union estonienne des associations de retraités, Association estonienne pour le travail social, etc.).

Le rapport indique aussi que l'Office statistique de l'Estonie a créé diverses bases de données, notamment pour le secteur social, afin de simplifier la collecte et l'utilisation des données statistiques. Le Comité note que l'un des tableaux de bord du gouvernement central est constitué des indicateurs du Plan de développement de la protection sociale.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations concernant le suivi et l'évaluation des efforts de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Il demande aussi comment la société civile et les personnes directement touchées par la pauvreté et



l'exclusion sociale (notamment les personnes âgées) sont associées à l'évaluation de ces politiques.

### ***Pauvreté et exclusion sociale en période de crise de la covid-19***

Le rapport indique que la responsabilité de l'assistance aux personnes touchées par la pauvreté, l'exclusion sociale et le sans-abrisme incombe aux collectivités locales. Durant la crise de la covid-19, les collectivités locales ont continué à fournir des services sociaux et à verser les prestations et allocations.

S'agissant des conditions d'octroi et de versement de l'allocation de subsistance, il ressort du rapport que les collectivités locales disposent d'un pouvoir d'appréciation et tiennent compte de la situation de la personne, de son patrimoine et de ses biens, ainsi que de la situation générale du pays. Dans certaines circonstances (comme la crise de la covid-19), les collectivités locales ont le droit de fixer des conditions plus favorables pour l'attribution de l'allocation de subsistance.

Le Comité prend note des mesures spécifiques prises pour protéger les revenus de certains groupes particulièrement exposés, comme les personnes âgées (nourriture et médicaments, aide bénévole, lignes d'écoute), les chômeurs ou les enfants, notamment ceux appartenant à des familles en difficulté (repas, connexion internet pour les enseignants et les élèves, exonération totale ou partielle des frais de garde d'enfants, fourniture de tablettes et ordinateurs pour les enfants ayant déclaré avoir besoin d'une aide).

Le rapport indique aussi que le gouvernement a approuvé, le 19 mars 2020, un programme de subvention temporaire afin de compenser les réductions de salaire. Ce dispositif assurait un revenu aux salariés tout en aidant les employeurs à surmonter leurs difficultés passagères sans avoir recours au licenciement ou à éviter la faillite. La subvention a été versée de mars à juin 2020 aux salariés d'entreprises frappées par la crise de la covid-19. Son montant s'élevait à 70 % du salaire moyen des intéressés, dans la limite de 1 000 € par salarié et par mois. Selon le rapport, au total 137 683 salariés de 17 563 entreprises ont bénéficié de cette mesure.

Le rapport explique en outre une autre mesure : un soutien financier temporaire destiné aux parents d'enfants ayant des besoins particuliers. L'objectif des pouvoirs publics était d'assurer des revenus aux parents temporairement exclus du marché du travail (par exemple ceux dont le contrat de travail avait été suspendu ou qui avaient été contraints de prendre des congés sans solde) en raison de la fermeture des crèches et des établissements scolaires, de façon à ce qu'ils puissent assurer la surveillance quotidienne, le soutien éducatif et l'hygiène de l'enfant. Les parents d'enfants présentant un handicap profond, sévère ou modéré et/ou à besoins éducatifs particuliers avaient droit à une aide correspondant à 70 % de leur revenu moyen au titre de l'année civile antérieure, pour chaque jour de congé sans solde (le montant minimum de l'allocation était fixé à 540 € par mois et le montant maximum à 1 050 €). La mesure est restée en place jusqu'à la fin de la situation d'urgence et les derniers versements ont été effectués en juin 2020.

Le rapport indique que la pandémie aura probablement pour conséquence une forte hausse du taux de chômage à l'automne 2020, ce qui signifie qu'une proportion importante de personnes aura besoin d'assistance sociale après un certain temps. Il est également très probable que les familles nécessitant un soutien en auront besoin pendant plus longtemps. À cet égard, au cours des années à venir, l'État devra tenir compte dans son budget de la nécessité de dégager des financements supplémentaires pour l'allocation de subsistance, afin d'atténuer les effets collatéraux de la crise.

### *Conclusion*

Le Comité conclut que la situation de l'Estonie n'est pas conforme à l'article 30 de la Charte au motif qu'il n'existe pas d'approche globale et coordonnée adéquate en place pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

