



mars 2022

CHARTÉ SOCIALE EUROPÉENNE REVISÉE

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2021

HONGRIE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

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

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

Le présent chapitre concerne la Hongrie, qui a ratifié la Charte sociale européenne révisée le 8 juillet 1999. L'échéance pour remettre le 17^e rapport était fixée au 31 décembre 2020 et la Hongrie l'a présenté le 16 mars 2021.

Le Comité rappelle qu'il a été demandé à la Hongrie 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.

Les commentaires de l'*Amnesty International* sur le 17^e rapport ont été enregistrés le 1 juillet 2021.

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

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

La Hongrie a accepté toutes les dispositions de ce groupe, sauf les articles 12§2, 12§3, 23 et 30.

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

Les Conclusions relatives à la Hongrie concernent 10 situations et sont les suivantes :

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

En ce qui concerne les 3 autres situations, régies par les articles 11§2, 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 la Hongrie de présenter des rapports en vertu de la Charte révisée.

Le rapport suivant de la Hongrie traitera des dispositions du groupe thématique III « Droits liés au travail » :

- droit à des conditions de travail équitables (article 2) ;
- droit à une rémunération équitable (article 4) ;

- droit syndical (article 5) ;
- droit de négociation collective (article 6) ;
- droit à l'information et à la consultation (article 21) ;
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travail et du milieu du travail (article 22) ;
- droit à la dignité au travail (article 26) ;
- droit des représentants des travailleurs à la protection dans l'entreprise et facilités à leur accorder (article 28) ;
- droit à l'information et à la consultation dans les procédures de licenciements collectifs (article 29).

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

Les Conclusions et les rapports sont disponibles sur www.coe.int/socialcharte

Article 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 la Hongrie.

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 en Hongrie 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 Comité a précédemment demandé que le prochain rapport fournisse des informations sur le contenu et les résultats du programme national sur la santé et la sécurité au travail - Politique nationale de sécurité et de santé au travail (PNS) stratégie- établi pour la période de 2016-2022 (Conclusions 2017).

En réponse aux questions adressées, le rapport explique que le MNP définit les priorités de la SST nationale pour 2016-2022 et définit les cinq tâches principales suivantes :

1. Développer la compétitivité des entreprises, en soutenant l'introduction d'outils en ligne gratuits à utiliser pour effectuer des tâches de sécurité et de santé au travail, en encourageant le développement d'un système efficace de gestion de la sécurité et de la santé au travail, en communiquant les bonnes pratiques et en promouvant leur mise en œuvre et en développant un concept d'assurance accident dans le cadre de la sécurité sociale.
2. Maintenir la capacité de travail des salariés. Le MNP indique que le développement de méthodes visant à réduire les absences au travail dues aux risques psychosociaux devrait conduire à terme à une réduction du nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Dans le cadre de cette tâche, des résumés sectoriels des risques psychosociaux ont été publiés concernant le stress au travail pour les personnes travaillant dans l'éducation, ainsi qu'un guide méthodologique pour l'évaluation des risques et du stress psychologique au travail dans le secteur de la fabrication d'équipements électriques. Le rapport cite également la publication de guides sur le développement de méthodes ergonomiques concernant la fabrication de produits informatiques, électroniques et optiques, et d'équipements électriques.
3. Formation et éducation en matière de santé et de sécurité au travail. Le rapport indique que la loi sur la sécurité du travail a autorisé le développement du système et de la base de données de la formation continue obligatoire des professionnels de la santé et de la sécurité au travail décrits aux paragraphes

3.1 et 5.4 du MNP. La spécification technique du système et de la base de données a été achevée et un décret gouvernemental contenant sa réglementation est en cours de préparation. Le rapport indique en outre que l'objectif de la tâche consistant à étendre les connaissances sur la sécurité du travail et la sécurité chimique sur les lieux de travail dans le domaine de l'éducation est de mettre en place une approche soucieuse de la prévention, de sorte que les matériaux de base de la formation et de l'éducation à la sécurité du travail doivent être élaborés par secteur et également par profession au sein de chaque secteur. Enfin, le rapport ajoute que l'objectif de réduire les risques professionnels pour les employés appartenant à des groupes vulnérables et ceux impliqués dans des formes d'emploi atypiques a été mis en œuvre en compilant et en diffusant des connaissances aux employeurs ciblés dans le cadre du projet prioritaire GINOP-5.3.7-VEKOP-17.

4. Fournir des informations régulières, pertinentes et professionnelles aux parties intéressées, principalement les petites et moyennes entreprises et les représentants des micro-entreprises, en exploitant un système d'information public sur la sécurité et la santé au travail. Le rapport donne une description détaillée des publications, des brochures, des guides et des aides pédagogiques par secteur, ainsi qu'une description détaillée des informations publiées sur le site Web du département de la sécurité au travail du ministère concernant la sécurité chimique sur le lieu de travail.
5. Recherche et développement sur la sécurité au travail par le biais d'une évaluation complète de toute la législation nationale sur la SST, dans le but de simplifier et de créer une cohérence dans la législation existante et de mettre en œuvre les normes internationales de SST en Hongrie. Le rapport énumère les différentes mesures législatives prises à cet égard.

Dans sa conclusion précédente le Comité a également réitéré sa demande que le prochain rapport fournisse des informations sur l'activité menée par la Hongrie en termes de recherche, de connaissance et de communication concernant les risques psychosociaux (Conclusions 2017).

Le rapport indique que même si la loi sur la sécurité du travail ne précise pas les droits des employés en matière de risques psychosociaux, elle régit les droits des employés en général. Il indique également que les agences gouvernementales agissant dans le cadre des pouvoirs de l'autorité de sécurité et de santé au travail examinent les agents pathogènes psychosociaux affectant les employés, la tension psychologique sur le lieu de travail, et contrôlent le respect des obligations de l'employeur, par exemple *en* envoyant les employés exposés à la tension psychologique et aux agents pathogènes psychosociaux à un examen médical d'aptitude au travail. Selon le rapport, lors des inspections, les fonctionnaires examinent également qui participe à l'évaluation des risques, si l'employeur a pris des mesures pour éliminer ou réduire les risques psychosociaux identifiés sur la base de l'évaluation, et si des responsabilités et des délais spécifiques sont définis dans le plan d'action. L'autorité est habilitée à prendre une décision administrative obligeant l'employeur à remédier aux déficiences qui pourraient résulter des inspections. Dans le même ordre d'idées, le rapport fait également référence aux règles et aux mesures prises concernant les fonctionnaires, les membres du personnel professionnel des organismes chargés de l'application de la loi, les membres du personnel professionnel des organismes chargés de la défense, ainsi qu'aux règles de SST pour l'emploi des prisonniers. Le Comité renvoie au rapport pour une description détaillée des règles et mesures mentionnées.

Le Comité note que les plans et stratégies politiques en Hongrie sont périodiquement évalués et revus, notamment à la lumière de l'évolution et des nouveaux risques émergents, ce qui devrait permettre d'identifier les maladies à des stades plus précoces et favoriser un meilleur enregistrement des maladies professionnelles. À la lumière de ce qui précède, le Comité estime que la situation de la Hongrie est conforme à l'article 3§1 de la Charte.

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 prend note des informations contenues dans le rapport concernant les mesures relatives aux professionnels de la santé. Des programmes d'enseignement à distance de type mixte ont été créés afin que les médecins et les infirmières soient formés sur des éléments théoriques et pratiques au niveau approprié. Selon le rapport, un chapitre important du programme de ces programmes est la protection contre les infections à coronavirus (hygiène des mains, protection du système respiratoire, utilisation d'équipements de protection individuelle, isolement des patients, organisation du parcours des patients, nettoyage et gestion des déchets). Le rapport mentionne le nombre de formateurs et de stagiaires, et montre que la formation sur place doit avoir lieu dans différents établissements.

En ce qui concerne les travailleurs du secteur social, le rapport explique que toutes les institutions sociales, quel que soit leur responsable, ont reçu du budget central des équipements de protection pour le contrôle épidémiologique sur une base hebdomadaire par l'intermédiaire de la Direction générale des affaires sociales et de la protection de l'enfance. Le rapport indique également que le ministre des Capacités humaines a émis des directives à l'intention des services sociaux primaires et des services de protection de l'enfance, des services sociaux spécialisés et des services de protection de l'enfance et des établissements pénitentiaires afin d'aider le personnel des services dans leurs procédures d'urgence liées à la covid à suivre en cas d'état de danger.

Les mesures applicables aux membres du personnel des forces de l'ordre contiennent des règles de soins et de protection, des informations sur l'hygiène générale et personnelle, ainsi que des règles générales sur l'utilisation des équipements de protection. Le rapport détaille les mesures prises pour acquérir les équipements de protection individuelle et les mesures prises pour réorganiser les soins de santé primaires et les soins psychologiques dans le but d'atténuer le risque d'infection en réduisant les contacts physiques. Le rapport explique également que des règlements intérieurs distincts ont été élaborés pour chaque domaine (police des frontières, ordre public, technologie criminelle, etc.) en fonction des tâches à accomplir et du risque lié à leur mise en œuvre.

Le rapport énumère les mesures prises concernant le personnel pénitentiaire et les détenus, telles que l'organisation et la mise en œuvre d'un dépistage épidémiologique du personnel et des détenus ; le dépistage régulier du personnel de santé ; la mise en œuvre de tests de notification ; les mesures d'hygiène ; la création et le fonctionnement des départements covid et postcovid ; la garantie du transport des personnes infectées ; l'élaboration de procédures pour la fourniture programmée de la vaccination et le dépistage régulier du

personnel de santé. Le rapport détaille également le nombre d'EPI qui ont été utilisés dans les centres pénitentiaires, le nombre d'infections et les dispositions adoptées pour renforcer la protection des agents de probation et des agents de probation pénitentiaires. Le rapport fournit également des informations similaires en ce qui concerne les mesures applicables aux membres du personnel de gestion des catastrophes et au personnel de la police des étrangers.

Le rapport détaille les mesures applicables aux immigrants et aux demandeurs d'asile, telles que la possibilité pour les demandeurs de soumettre leur demande par voie électronique et la possibilité de délivrer un certificat donnant droit à un séjour temporaire. Le rapport informe également que l'entrée des demandeurs d'asile dans les zones de transit a été suspendue. Dans les zones de transit, les visites entre secteurs ont été suspendues et des équipements de protection individuelle ont été fournis aux personnes placées dans l'établissement individuel en fonction des besoins. Le rapport détaille les mesures adoptées pour faire face à l'épidémie de virus.

Enfin, le Comité prend note que pendant la deuxième vague de coronavirus à partir du 20 novembre 2020, les personnes employées dans les établissements de santé, les professionnels de la santé ainsi que les autres personnes travaillant dans le domaine de la santé, les personnes suivant une formation en résidence, les personnes effectuant un enseignement et une formation dans des établissements d'enseignement, de formation et de formation professionnelle, et les personnes travaillant dans des institutions sociales et des crèches ont la possibilité de procéder à un prélèvement régulier sur une base volontaire pour un test rapide d'antigène dans un cadre financé par les pouvoirs publics.

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 garantir une réponse conforme à la Charte aux défis posés par la covid-19. Si ces cadres ne sont pas adéquats, l'État doit les modifier, y compris par l'adoption de toute mesure supplémentaire nécessaire pour garantir que l'État est en mesure de respecter ses obligations au titre de la Charte face aux risques pour les droits sociaux posés par la crise de la covid-19. Dans le même ordre d'idées, le Comité rappelle que la crise de la covid-19 ne dispense pas des exigences énoncées par sa jurisprudence de longue date concernant la mise en œuvre de la Charte et l'obligation des États parties de prendre des mesures qui leur permettent d'atteindre les objectifs de la Charte dans un délai raisonnable, avec des progrès mesurables et dans une mesure compatible avec l'utilisation maximale des ressources disponibles.

Le Comité souligne 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 la Hongrie 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 la Hongrie.

Le Comité rappelle 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, le cas échéant.

Il note qu'il a précédemment conclu que la situation de la Hongrie n'était pas conforme à l'article 3§2 de la Charte au motif que les travailleurs indépendants et les employés de maison, ainsi que d'autres catégories de travailleurs, n'étaient pas protégés par la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail (Conclusions 2017). L'évaluation du Comité portera donc sur les informations fournies par le gouvernement en réponse au constat de non-conformité et à la question ciblée.

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

Dans ses conclusions précédentes, le Comité a souligné que la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail doit tenir compte du stress, des agressions et de la violence propres au travail que subissent en particulier les travailleurs engagés dans des relations d'emploi atypiques. Il a demandé des informations à ce sujet (Conclusions 2013 et 2017).

Le rapport indique que la modification apportée à la loi relative à la sécurité du travail, qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008, a introduit l'obligation pour l'employeur de prendre des mesures à l'égard des facteurs de risque psychosociaux. En outre, bien qu'il n'existe pas de législation sur le harcèlement moral en Hongrie, le Code du travail interdit la discrimination. Par ailleurs, la loi relative à l'égalité de traitement définit les concepts d'égalité de traitement et de discrimination directe et indirecte, et énumère les groupes considérés comme étant particulièrement vulnérables. Le rapport mentionne également différentes dispositions relatives aux risques psychosociaux qui s'appliquent à différentes catégories de travailleurs, tels que les membres des services répressifs, le personnel pénitentiaire, les membres de l'organisme professionnel de gestion des catastrophes, et le personnel de la police.

Le rapport décrit les modifications apportées à la législation au cours de la période de référence. Par exemple, d'après la modification du Code du travail de 2018, les travailleurs doivent être employés pour un travail qui ne nuit pas à leurs conditions physiques ou à leur développement. L'employeur est tenu de modifier les conditions et les heures de travail en conséquence. En outre, certains changements ont été apportés en Hongrie en ce qui concerne les femmes enceintes et allaitantes. Le rapport indique que l'employeur a l'obligation de modifier les conditions et/ou les heures de travail avant de transférer ces travailleuses à un autre emploi, et que s'il n'est pas possible d'employer une travailleuse conformément à son état de santé, cette dernière doit être exemptée de travail. Par ailleurs, en 2016, la loi relative à la sécurité du travail a été modifiée, ce qui a étendu l'obligation d'organiser l'élection d'un représentant de la sécurité du travail à plus de 99 % des petites et moyennes entreprises. De même, la législation concernant la classification, l'étiquetage et l'emballage des substances et des mélanges, ainsi que la sécurité chimique des lieux de travail a été modifiée et une nouvelle législation sur le niveau minimum d'exigences en matière de sécurité et de santé pour l'utilisation des équipements de travail a été adoptée. Le rapport indique également que toutes ces prescriptions et mesures visant à éliminer le stress psychologique et les risques psychosociaux s'appliquent également aux travailleurs

employés dans le cadre du travail organisé. Le rapport fournit une liste des exemples de travail organisé.

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.

Le rapport ne fournit aucune des informations demandées. Le Comité souligne que, si les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettrait d'établir que la situation de la Hongrie soit conforme à l'article 3§2 de la Charte sur ce point.

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

Le Comité a précédemment jugé la situation conforme sur ce point (Conclusions 2017).

Le rapport fournit des informations sur la transposition en droit national de la directive 2013/35/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à l'exposition des travailleurs aux risques dus aux agents physiques (champs électromagnétiques) (vingtième directive

particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE) et abrogeant la directive 2004/40/CE. Le rapport indique que la directive a été transposée par le décret du ministre des Ressources humaines n° 33/2016.

Protection contre les substances et agents dangereux

Le Comité a précédemment demandé que le rapport suivant fournisse des informations sur les dispositions spécifiques relatives à la protection contre les risques liés à l'exposition au benzène (Conclusions 2017). En ce qui concerne l'amiante, il a demandé si les autorités avaient envisagé de dresser un inventaire de tous les bâtiments et matériaux contaminés. S'agissant des rayonnements ionisants, le Comité a demandé confirmation que les travailleurs bénéficiaient d'une protection d'un niveau au moins équivalent à celui fixé par les Recommandations (2007) de la Commission internationale de protection radiologique (CIPR, publication n° 103) (Conclusions 2017).

En ce qui concerne le benzène, le rapport indique qu'il est un cancérigène et, en tant que tel, il ne peut être utilisé que s'il ne peut être remplacé, pour des raisons techniques, par une substance identique, non cancérigène ou moins cancérigène. S'il existe une substance non cancérigène ou moins cancérigène, l'employeur doit également indiquer pourquoi ces substances n'ont pas été utilisées et pourquoi elles n'ont pas remplacé les substances cancérigènes. Le rapport décrit également les dispositions relatives à la prévention du dégagement de vapeurs de benzène dans l'air sur le lieu de travail, et indique que la concentration maximale autorisée de benzène sur le lieu de travail est de 3 milligrammes par mètre cube. Les travailleurs susceptibles d'entrer en contact avec du benzène liquide ou avec des matériaux contenant du benzène liquide doivent être munis d'un équipement de protection individuelle approprié pour empêcher toute exposition par absorption cutanée. Les travailleurs exposés au benzène doivent subir un examen médical d'aptitude à l'embauche et un examen périodique tous les six mois. Les femmes enceintes ne peuvent être recrutées dans le cadre d'un travail les exposant à des substances cancérigènes et les mineurs ne peuvent être employés qu'avec un équipement de protection individuelle et uniquement pendant le temps et dans la mesure nécessaires à la formation pratique.

En ce qui concerne l'amiante, le rapport fournit des informations sur le nombre d'activités de désamiantage et le nombre d'employés concernés par ces activités, ainsi que sur la proportion de rapports incomplets. Le rapport indique que des équipements de protection individuelle ont été fournis aux travailleurs embauchés spécifiquement pour des opérations de désamiantage. Les employeurs spécialisés dans le désamiantage préparent les plans de démolition.

En ce qui concerne les rayonnements ionisants, le rapport indique que les Recommandations (2007) de la Commission internationale de protection radiologique (CIPR, publication n° 103) ont été reprises dans la directive 2013/59/Euratom du Conseil fixant les normes de base relatives à la protection contre les dangers résultant de l'exposition à des rayonnements ionisants, qui a été transposée en droit interne.

Champ d'application personnel des règlements

Le Comité a précédemment conclu que les employés de maison et les travailleurs indépendants n'étaient pas couverts par la législation relative à la santé et à la sécurité au travail et a demandé comment les autres catégories de « travailleurs » comme les personnes employées dans les administrations, les juges étaient protégés contre les risques et les dangers qu'ils peuvent rencontrer dans l'exercice de leur activité professionnelle (Conclusions 2017).

Le Comité note que la représentante de la Hongrie a informé le Comité gouvernemental que les employés de maison et les travailleurs indépendants étaient couverts s'ils bénéficiaient d'un emploi organisé, et a déclaré que seul un petit groupe d'employés de maison n'étaient pas couverts par la loi relative à la santé et à la sécurité au travail. Le Comité

gouvernemental a invité les autorités à fournir des informations claires et précises dans le rapport suivant et à rendre la situation conforme à l'article 3§2 de la Charte.

Le rapport indique que la législation relative à la santé et à la sécurité au travail doit s'appliquer de manière exhaustive aux personnes engagées dans le cadre d'un travail organisé, quel que soit le statut juridique ou la forme d'organisation. Le champ d'application de la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail s'étend également à tous les employés de maison engagés dans le cadre d'un travail organisé, à l'exception du travail effectué au domicile d'un particulier dans le cadre d'un contrat d'emploi simplifié. Le rapport ne fournit pas d'informations en ce qui concerne les travailleurs indépendants.

Le Comité rappelle qu'aux fins de l'article 3§2 de la Charte, tous les travailleurs, y compris les travailleurs indépendants, doivent être couverts par la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail au motif que tous les travailleurs, salariés et non-salariés, sont généralement exposés aux mêmes risques. Le Comité réitère donc sa conclusion précédente selon laquelle la situation n'est pas conforme à la Charte étant donné que les employés de maison et les travailleurs indépendants ne sont pas couverts par la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le Comité a précédemment jugé la situation conforme sur ce point (Conclusions 2017).

Conclusion

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

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 la Hongrie.

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 ou aux décisions d'ajournement.

Il a précédemment ajourné sa conclusion, dans l'attente des informations demandées (Conclusions 2017) .

Son évaluation portera donc sur les informations fournies par le gouvernement en réponse à la décision d'ajournement et aux questions ciblées.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le Comité a précédemment examiné la situation concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles (Conclusions 2017). Il a demandé des informations sur la définition 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, 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. Dans l'attente des informations demandées, le Comité a réservé sa position sur ces questions et a ajourné ses conclusions. Dans sa question ciblée posée au titre de l'article 3§3 à propos des accidents du travail et des maladies professionnelles, le Comité a demandé des statistiques sur la prévalence des décès, blessures et invalidités liés au travail y compris en ce qui concerne le suicide et d'autres formes d'automutilation, les TSPT, le surmenage et les troubles liés à la consommation d'alcool ou d'autres substances, ainsi que sur les études épidémiologiques conduites pour évaluer les effets sur la santé à (plus) long terme des nouveaux emplois à haut risque (par exemple, les services de livraison à vélo, incluant les personnes employées ou celles dont le travail est géré par l'intermédiaire de plateformes numériques ; les intervenants dans l'industrie du sport et des loisirs, notamment les sports de contact ; les emplois impliquant des formes particulières d'interaction avec les clients et le recours possible à des substances potentiellement nuisibles, telles que l'alcool ou d'autres substances psychoactives ; les nouvelles formes d'opérations en bourse à haut rendement, qui génèrent un niveau de stress important ; le personnel militaire ou des services répressifs, etc.) et également en ce qui concerne les victimes de harcèlement au travail et la mauvaise gestion.

Le rapport indique que le décret 27/1996 du Ministre de la Santé sur le signalement et les enquêtes en cas de maladies professionnelles définit ces dernières comme des problèmes de santé aigus et chroniques causés par le travail ou dans l'exercice d'une profession, et les problèmes chroniques de santé survenant après l'exercice d'une profession. Les maladies professionnelles sont classées par catégories selon les facteurs pathogènes : les pathogènes chimiques ; les pathogènes physiques ; les pathogènes biologiques, les utilisations non conformes, les facteurs psycho-sociaux, les pathogènes ergonomiques.

Le rapport déclare qu'en cas de suspicion d'implication d'une profession dans la survenue d'une maladie, le médecin qui la constate doit signaler ses soupçons au service de la

sécurité et de la santé au travail de l'administration publique du comté compétent pour le lieu de travail concerné. L'enquête est menée par le service de la sécurité et de la santé au travail. Les rapports d'enquête sont transmis à l'agence de l'hygiène professionnelle et de la santé, qui vérifie la validité de la demande et si elle est complète, en vue du versement de prestations de maladie. Le rapport ajoute que si l'employeur n'enquête pas sur une maladie professionnelle et ne la signale pas, le salarié peut saisir le service de la sécurité et de la santé au travail compétent pour son comté.

Le nombre de cas signalés de maladies professionnelles était de 245 en 2016, 230 en 2017, 175 en 2018 et 148 en 2019. Ces chiffres indiquent une baisse. Le nombre de maladies professionnelles mortelles a été de 2 en 2016, 1 en 2017, 2 en 2018 et 1 en 2019. Le rapport ajoute que de 2016 à 2019, la plupart des cas de maladies professionnelles ont concerné les industries manufacturières, suivies par les services sociaux et de la santé humaine et l'exploitation minière.

Le Comité renouvelle sa demande d'informations sur le taux d'incidence des maladies professionnelles déclarées (Conclusions 2017). Il demande également des informations sur le nombre d'accidents du travail et d'accidents de travail mortels pour chacune des années de la période de référence, ventilées par secteur, et sur le taux d'incidence de ces accidents. Le Comité souhaite en outre des informations sur les accidents du travail les plus fréquents et sur les mesures préventives prises ou envisagées pour leur prévention.

Dans l'attente de ces informations, Le Comité considère que rien ne lui permet d'établir que la situation de la Hongrie est conforme à l'article 3§3 sur ce point.

Activités de l'Inspection du travail

Le Comité a précédemment examiné les activités de l'Inspection du travail et ajourné ses conclusions sur ce point (Conclusions 2017). Il a demandé des informations sur les mesures prises pour axer les visites de contrôle sur les petites et moyennes entreprises (SME). La question ciblée concernant les accidents du travail visait l'organisation de l'inspection du travail, l'évolution des ressources allouées aux services de l'Inspection du travail, y compris les ressources humaines ; le nombre de visites de contrôle de santé et de sécurité effectuées par l'Inspection du travail, la part des travailleurs et des entreprises couvertes par ces visites, le nombre d'infractions aux règles sanitaires et de sécurité, et la nature et le type de sanctions infligées ; si les inspecteurs sont habilités à contrôler tous les lieux de travail, y compris les locaux d'habitation, dans tous les secteurs de l'économie.

En réponse, le rapport indique que l'ordre juridique hongrois définit la politique de santé et de sécurité au travail comme un droit fondamental qui suppose que les salariés des PME doivent bénéficier de conditions de travail sans danger pour leur sécurité et leur santé, et qui assurent la prévention des accidents du travail et les maladies professionnelles, afin de préserver et de développer leur aptitude au travail. Le service de la sécurité et de la santé au travail réalise des inspections dans les PME pour veiller au respect des obligations légales par l'employeur : il peut contraindre l'employeur à éliminer les carences identifiées dans un délai spécifié et ordonner l'arrêt de l'activité ou du matériel professionnel dangereux jusqu'à l'élimination du danger. Le service de la sécurité et de la santé au travail peut infliger une amende administrative à la PME/l'employeur qui, dans le cadre d'un travail organisé viole les règles de protection de la santé au travail, manque à son obligation d'inscrire dans un registre, d'enquêter, d'enregistrer et de signaler dans les délais en cas d'accident du travail, communique des informations mensongères ou cache la cause réelle des accidents, ne transmet pas les informations relatives aux maladies professionnelles ou entrave les enquêtes sur ces dernières.

Si une infraction est constatée pour la première fois dans une PME, et à condition qu'il n'existe pas de risque immédiat pour la vie ou la santé humaine, le service de la sécurité et de la santé au travail donne un avertissement au lieu d'une amende. Les amendements apportés en 2011 à la Loi sur la sécurité au travail ont allégé la charge administrative des

PME en chargeant les employeurs de réaliser une évaluation des risques, la gestion des risques et la définition de mesures préventives au moins tous les 3 ans. De plus, l'organe d'encadrement professionnel du service de la sécurité et de la santé au travail a publié sur son site internet un guide général pour la réalisation d'une évaluation des risques sur le lieu de travail, qui aide essentiellement les PME à se familiariser avec ce système d'évaluation des risques, à appliquer correctement la législation pertinente et à s'entraîner à préparer et à réaliser une telle évaluation des risques.

Le rapport indique un nombre moyen d'inspecteurs de la sécurité au travail de 102 en 2016, 95 en 2017, 97 en 2018 et 89 en 2019. Le nombre d'employeurs inspectés diminue (de 15,459 en 2016 à 12,784 en 2019) tout comme celui des salariés inspectés (de 281,486 en 2016 à 188,337 en 2019). La baisse concerne également le nombre de salariés affectés par les infractions (de 186,022 en 2016 à 125,058 en 2019), même si ces chiffres restent extrêmement élevés.

Le rapport indique aussi que la Loi sur la sécurité au travail et ses décrets d'application visent toutes les activités professionnelles exercées sur tous les lieux de travail. La Loi sur la sécurité au travail n'établit pas de distinction, en matière de respect des exigences de sécurité au travail, sur la base du mode d'organisation ou du type de propriété de chaque entreprise.

Le rapport n'indique toutefois pas le pourcentage de travailleurs couverts annuellement par les visites d'inspection dans chaque secteur d'activité, ni le budget de l'inspection du travail. Le Comité souhaite donc que le prochain rapport fournisse des informations sur ces aspects. Le Comité 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 Hongrie est conforme à l'article 3§3 of la Charte. En outre, le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les mesures administratives que peuvent appliquer les inspecteurs et, pour chaque catégorie, le nombre de telles mesures effectivement prises ; et l'issue des affaires déferées au ministère public en vue d'engager des poursuites pénales. Le Comité prie également les autorités de l'informer de tout changement du cadre général des activités de l'inspection du travail intervenu au cours de la période de référence et des mesures prises afin d'entretenir les compétences professionnelles des inspecteurs.

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

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Hongrie n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que les accidents du travail et les maladies professionnelles fassent l'objet d'une surveillance efficace.

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

Paragraphe 4 - Services de santé au travail

Le Comité note qu'aucune question ciblée n'a été posée au titre de l'article 3§4 de la Charte. La précédente conclusion ayant conclu que la situation en Hongrie était conforme à la Charte, il n'y a pas eu d'examen de la situation en 2021.

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 1 - Elimination des causes d'une santé déficiente

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Hongrie.

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

Le Comité a précédemment conclu que la situation en Hongrie n'était pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif que les mesures prises pour réduire le taux de mortalité maternelle étaient insuffisantes (Conclusions 2017). Son évaluation portera donc sur les informations fournies par le gouvernement en réponse au constat de non-conformité et aux questions ciblées.

Le Comité tient à souligner qu'il ne prendra acte de la réponse à la question relative à la covid-19 qu'à titre d'information, dans la mesure où elle concerne des faits survenus hors période de référence (soit après le 31 décembre 2019). En d'autres termes, les informations mentionnées dans la section « covid-19 » ci-dessous ne feront pas l'objet d'une évaluation de conformité à la Charte dans le cadre du présent cycle d'examen.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Dans sa conclusion précédente, le Comité a estimé que la situation en Hongrie n'était pas conforme à la Charte au motif que les mesures prises pour réduire le taux de mortalité maternelle étaient insuffisantes (Conclusions 2017).

Le Comité note que le représentant du gouvernement a informé le Comité gouvernemental que, selon les données fournies par le Bureau central des statistiques de Hongrie, le taux de mortalité maternelle était inférieur aux statistiques de la Banque mondiale et a déclaré que le prochain rapport contiendrait des statistiques actualisées.

Le rapport ne fournit aucune information sur la mortalité maternelle. Selon les données de la Banque mondiale, le taux de mortalité maternelle était de 12 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2017. Le Comité note que le rapport ne fait mention d'aucune mesure visant spécifiquement à faire baisser le taux de mortalité maternelle et que ce dernier reste élevé (bien supérieur à la moyenne des pays de l'Union européenne, qui était de 6 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2017). Par conséquent, le Comité réitère son constat de non-conformité.

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

En réponse à la question ciblée du Comité concernant les données sur l'espérance de vie dans tout le pays et entre les différents groupes de population, le rapport fournit des statistiques sur l'espérance de vie moyenne en Hongrie. Il mentionne qu'en 2019, l'espérance de vie à la naissance était de 76,16 ans (à titre d'exemple, la moyenne dans

l'Union européenne à 27 était de 81,3 ans en 2019), ce qui constitue une augmentation par rapport à 2015, où elle était de 75,6 ans selon les données de la Banque mondiale. De même, toujours selon les données de la Banque mondiale, l'espérance de vie à la naissance en 2019 était de 79,3 ans pour les femmes (79 ans en 2015) et de 72,9 ans pour les hommes (72,3 ans en 2015) ; quant au taux de mortalité, il avait baissé légèrement, passant de 13,4 décès pour 1 000 habitants en 2015 à 13,3 en 2019. Le rapport indique que les données sur l'espérance de vie à la naissance ne sont pas ventilées en fonction de l'origine ethnique et de la profession. Le Comité rappelle que la collecte et l'analyse des données statistiques (dans le respect de la vie privée et sans commettre d'abus) est indispensable pour formuler une politique rationnelle visant à protéger des groupes particulièrement vulnérables ou à réduire un phénomène particulier (voir, mutatis mutandis, *CEDR c. Italie*, réclamation n° 27/2004, décision sur le bien-fondé du 7 décembre 2005, paragraphe 23 ; *CEDR c. Grèce*, réclamation n°15/2003, décision sur le bien-fondé du 8 décembre 2004, paragraphe 27 ; Conclusions 2005, France, article 31§2, p. 287). C'est pourquoi le Comité réitère sa demande d'informations sur les statistiques concernant les groupes ethniques.

Le Comité note qu'il existe un écart important entre les sexes, les femmes vivant presque sept ans de plus en moyenne que les hommes. Il note également que, selon le rapport intitulé « Hongrie : Profils de santé par pays – 2019 » (d'après une initiative de l'OCDE, de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et de la Commission européenne), les inégalités en matière d'espérance de vie existent non seulement en fonction du sexe mais aussi du niveau d'éducation. L'espérance de vie des hommes les moins instruits est inférieure de 12 ans à celle des plus instruits, tandis que pour les femmes, la différence est de plus de 6 ans. On estime que plus de la moitié des décès en Hongrie sont imputables à des facteurs de risque comportementaux, tels que les habitudes alimentaires, le tabagisme, la consommation d'alcool et un faible niveau d'activité physique.

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

Accès aux soins de santé

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 de mortalité infantile.

Au sujet de cette dernière, le rapport fait état d'une diminution. En effet, le taux de mortalité infantile en Hongrie est passé de 4,2 en 2015 à 3,8 en 2019 (il était de 3,4 pour 1 000 naissances vivantes dans les pays de l'Union européenne en 2019).

Le rapport fournit des informations sur le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus et indique que le gouvernement a mis en place la vaccination volontaire des adolescentes contre le papillomavirus. Cependant, il ne contient rien sur les services de soins de santé sexuelle et reproductive pour les femmes et les filles, notamment sur les mesures prises afin de leur garantir l'accès aux méthodes de contraception moderne. Le Comité souhaite recevoir ces informations dans le prochain rapport. Il demande également à ce que lui soit communiquée la part du coût des contraceptifs qui n'est pas couverte par l'État).

Le rapport ne fournit aucune information sur l'avortement. Il ressort d'autres sources que l'avortement chirurgical peut être pratiqué jusqu'à la 12^e semaine de grossesse et que deux rendez-vous à au moins trois jours d'intervalle sont obligatoires auprès des services familiaux. Il apparaît également que le coût de l'avortement n'est pas remboursé par l'État, sauf dans certains cas. Le Comité demande donc à ce que le prochain rapport contienne

des informations sur l'accès aux services d'avortement, sur le coût de l'intervention et sur ses conditions de remboursement total ou partiel.

Le rapport ne fournissant aucune information sur les maternités précoces (jeunes filles mineures), le Comité renouvelle sa demande d'informations statistiques sur les maternités précoces (jeunes filles mineures).

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

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. L'article 11 impose une série 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. Tout type de traitement médical qui n'est pas nécessaire peut être considéré comme contraire à l'article 11, si l'obtention de l'accès à un autre droit est subordonnée au fait de s'y soumettre. (*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, y compris 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 de l'homme. Il rappelle aussi qu'aucun traitement médical mis en œuvre sans le consentement éclairé de l'intéressé (sauf strictes exceptions) ne saurait être conforme à l'intégrité physique ni au 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 à l'autonomie et à 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 (à la fois en termes de disponibilité et d'accessibilité). Il demande si la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres exige (en droit ou en pratique) qu'elles subissent une stérilisation ou tout autre traitement médical qui pourrait nuire à leur santé ou à leur intégrité physique et psychologique. Le Comité invite également les États à fournir des informations sur les mesures prises pour que l'accès aux soins de santé en général, notamment à la santé sexuelle et génésique, soit garanti sans discrimination fondée sur l'identité de genre.

Le Comité a demandé, sous forme de question ciblée, quelles étaient les mesures prises pour garantir un consentement éclairé aux interventions médicales ou aux traitements médicaux (au regard de l'article 11§2). Le rapport n'indiquant rien sur ce point, le Comité souhaite être informé de ces mesures dans le prochain rapport.

Le rapport fournit des informations sur la mise en œuvre des réformes de soins de santé mises en place au cours de la période de référence et qui ont conduit à une augmentation de la rémunération de divers professionnels de la santé, au développement de la médecine de famille dans les petites localités et au lancement du programme d'expansion des hôpitaux. Il indique également que le niveau d'obésité a cessé de croître en Hongrie et que les mesures de santé publique du gouvernement, en particulier les mesures de santé nutritionnelle, ont eu un effet significatif. En outre, un programme a été lancé pour promouvoir l'activité physique dans les écoles.

Le rapport contient des informations sur l'accès aux soins de santé mentale, sur la prévalence des troubles mentaux et sur les mesures favorisant le processus de rétablissement. Il indique que le Programme national de santé mentale vise à développer les services de santé mentale, à réorganiser les soins psychiatriques et sociaux hongrois et à

mettre en place une prise en charge progressive et coordonnée fondée sur le principe de subsidiarité.

Le rapport indique également que des mesures importantes ont été prises pour réduire les listes et les délais d'attente pour diverses procédures et que des ressources supplémentaires y ont été affectées.

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 fournit des informations sur l'expansion des capacités des hôpitaux à prendre en charge les patients de la covid-19. Il indique que seules les procédures et les interventions d'urgence sont réalisées dans les hôpitaux et que la question de la télémédecine est devenue une priorité.

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

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

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

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Hongrie n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif que les mesures prises pour réduire le taux de mortalité maternelle sont insuffisantes.

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 2 - Services de consultation et d'éducation sanitaires

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Hongrie.

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 la Hongrie 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.

En réponse, le rapport fait référence à l'atelier organisé le 25 septembre 2019 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en coopération avec le ministre des Capacités humaines. Cet atelier vise à établir et à lancer le partenariat hongrois pour la santé publique et à améliorer la santé de la population. Le rapport décrit également en détail les objectifs du programme de santé de la région de Buda, un programme modèle national et international lancé en janvier 2019. Il a été mis en œuvre par l'Institut national de pneumologie *Korányi* et l'Association municipale de la région de Buda en coopération avec le ministère des Capacités humaines, d'autres institutions professionnelles, des partenaires et l'OMS. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur la manière dont le partenariat hongrois pour la santé publique et le programme de santé de la région de Buda ont été mis en œuvre et sur leurs résultats.

En ce qui concerne l'éducation à la santé et les stratégies de prévention connexes dans les écoles, le rapport donne des informations détaillées sur la façon dont le programme national de base, les programmes-cadres et le programme local couvrent des sujets tels que la prévention du tabagisme et de la toxicomanie, l'éducation sexuelle et reproductive (en particulier les maladies sexuellement transmissibles et le sida), la sécurité routière et une alimentation saine. Le rapport fait référence à la Recommandation sur les programmes de promotion de la santé du 19 avril 2019. Le rapport fait également référence à un projet de 2 ans proposé conjointement par l'OMS et le ministre des Capacités humaines, lancé fin 2019, dont le thème est la mise en œuvre d'un projet complexe de développement de la santé publique pour améliorer la santé des enfants. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur la mise en œuvre de ce projet.

Le Comité prend note des informations détaillées fournies dans le rapport sur la formation à la préservation de la santé des pédagogues et des enseignants, et sur le rôle de ceux-ci dans l'éducation à la santé physique et mentale et à la vie familiale. Le Comité prend également note des informations fournies sur les exigences des programmes d'études concernant la nature humaine et l'éducation.

Dans ses questions ciblées, le Comité a également demandé, des informations sur la sensibilisation et l'éducation en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre (OSIG)

et de violence fondée sur le genre. Le rapport ne contient pas les informations demandées. Par conséquent, le Comité réitère sa demande. Il souligne que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Hongrie soit conforme à l'article 11§2 de la Charte sur ce point.

Consultations et dépistage des maladies

Dans ses conclusions précédentes, le Comité a noté que le dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus, du côlon et de la prostate était pratiqué (Conclusions 2009) ainsi que le dépistage du nouveau-né, de la tranche d'âge 0-6 ans (Conclusions 2013) et le dépistage du sein, du col de l'utérus et du gros intestin (Conclusions 2017).

Le rapport indique que dans le cadre de l'extension du champ d'application du dépistage organisé, l'extension à l'échelle nationale du dépistage organisé du côlon et du rectum a débuté en 2018. En 2014, un examen pilote du dépistage du cancer du poumon par tomographie multi-coupes à faible dose (LDCT) a été lancé, coordonné par l'Institut national de pneumologie *Korányi*. Selon le rapport, l'objectif est d'atteindre un taux de participation d'au moins 70 % de la population pour chaque type de dépistage, conformément à la recommandation internationale. Le Comité prend note des informations détaillées sur le dépistage organisé du cancer du sein, le dépistage du cancer du col de l'utérus, le dépistage ciblé du côlon et du rectum et le dépistage par LDCT. En outre, dans le cadre du programme « Les tests viennent à vous » ("*We bring the test to you*") sont prévus, en tant que service de proximité, 10 bus de promotion de la santé et 9 bus de dépistage à partir de 2020 (en dehors de la période de référence). Dans le cadre du programme "*Converging settlements*" des bilans de santé généraux, des examens de cardiologie et de gynécologie sont réalisés dans des établissements situés dans tout le pays.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur la portée des programmes de dépistage des principales causes de mortalité pendant la période de référence, y compris leur fréquence.

Conclusion

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

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 3 - Prévention des maladies et accidents

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Hongrie.

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

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

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

Dans sa précédente conclusion, le Comité a conclu que la situation de la Hongrie 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 fournit des informations sur le cadre législatif régissant l'accès aux soins de santé en milieu carcéral, les effectifs de personnel, la responsabilité globale des soins de santé en prison, l'accès aux soins de santé primaires et spécialisés, les modalités de dépistage au stade lors de l'admission et durant l'incarcération. Les médecins affectés à chaque prison et les établissements hospitaliers prévus à cet effet dispensent des soins curatifs et préventifs primaires. Si nécessaire, les détenus peuvent recevoir des soins de santé dans des structures de proximité, sur la base d'accords reconductibles avec le service pénitentiaire.

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 fait référence à la santé mentale au titre de l'article 11§1 de la Charte, faisant observer que l'un des programmes nationaux de santé adoptés par le gouvernement en 2018 et couvrant la période 2019-2021 porte sur la santé mentale.

Le Comité prend note des conclusions d'une enquête internationale menée par le Comité des droits des personnes handicapées (CRPD) selon lesquelles la Hongrie est responsable de « violations graves et systématiques » de la Convention relative aux droits des personnes handicapées en raison de la manière dont la politique de désinstitutionnalisation a été menée. Le rapport d'enquête fait ressortir que la plupart des établissements de santé sont inaccessibles, que les pharmacies sont en nombre limité, que les possibilités de bénéficier d'un accompagnement psychologique extrahospitalier sont rares, que la psychothérapie n'est pas couverte par l'assurance sociale et que les professionnels de santé sont peu sensibilisés à la question du handicap. Le rapport d'enquête relève en outre qu'en raison de stéréotypes largement répandus, les personnes souffrant d'un handicap intellectuel ou psychosocial continuent d'être considérées comme « inaptes » à vivre de manière indépendante et à faire partie intégrante de la société. L'approche médicale et paternaliste du handicap qui prévaut dans le pays légitime le placement en institution soi-disant à des fins médicales et thérapeutiques et pour des raisons de développement et de réadaptation.

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 constate que les informations demandées n'ont pas été communiquées, notamment en ce qui concerne l'existence et l'étendue des services de santé mentale de proximité et sur la transition vers les établissements fournissant ce type de services en remplacement des anciennes institutions de grande taille ; les informations statistiques sur les actions menées sur le terrain pour évaluer la santé mentale des populations vulnérables et sur les mesures proactives adoptées pour veiller à ce que les personnes ayant besoin de soins de santé mentale ne soient pas négligées. Le Comité 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 de la Hongrie est conforme à l'article 11§3 de la Charte.

Le Comité demande également des informations sur les mesures prises pour mieux faire connaître les droits des personnes présentant un handicap psychosocial – en particulier le droit à la reconnaissance juridique dans des conditions d'égalité et le droit à l'autonomie de vie et à l'inclusion dans la société avec la même liberté de choix que les autres – et pour lutter contre les stéréotypes, les préjugés et les idées fausses, en tenant également compte des conclusions de l'enquête du CDPH.

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 traitement 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 fait observer que de nouvelles substances psychoactives sont venues se substituer à des drogues plus anciennes, comme l'héroïne ou les amphétamines. Cette tendance est associée à une légère augmentation du nombre de décès liés à la consommation de drogue recensés au cours de la période de référence, qui est passé de 29 décès en 2016 à 32 en 2018. Le rapport indique également que la prévalence du VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues est relativement faible, contrairement à la prévalence de l'hépatite C qui a nettement augmenté. La stratégie nationale de lutte contre la drogue 2013-2020 souligne notamment l'importance des activités de réduction des risques en général, et dans les salles de concert et les discothèques en particulier. Pour certaines infractions à la législation sur les stupéfiants impliquant de petites quantités de drogue, les poursuites engagées contre les auteurs peuvent être suspendues sous réserve que les intéressés suivent un traitement. Le rapport contient des informations sur le nombre d'individus ayant bénéficié de cette possibilité. Un traitement de substitution aux opiacés à base de méthadone et de buprénorphine est disponible.

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 fournit peu d'informations sur la production et le recyclage des déchets d'emballages, les mesures de protection contre les radiations (y compris dans le contexte de l'exposition professionnelle, examinée au titre de l'article 3 de la Charte), la législation concernant l'autorisation de manipulation de matières nucléaires et autres matières radioactives et la gestion des déchets. Par ailleurs, le rapport ne fournit aucune information sur la pollution atmosphérique, la pollution de l'eau ou la pollution industrielle, ni sur les mesures prises pour remédier aux problèmes de santé de la population concernée ou sur l'accès à des informations sur l'environnement.

Le Comité note que selon le rapport du Semestre européen pour 2020, la pollution atmosphérique constitue un enjeu environnemental majeur et qu'elle est responsable de 13000 décès prématurés. La Commission européenne a également indiqué que la qualité de l'eau constituait une source de préoccupation, soulignant que moins de 10 % des rivières et des lacs hongrois étaient en « bon état écologique » et que l'approvisionnement en eau et l'assainissement n'étaient toujours pas pleinement conformes à la directive sur l'eau potable.

Le Comité demande à nouveau des informations sur les mesures prises pour prévenir l'exposition à la pollution de l'air, de l'eau ou à d'autres formes de pollution de

l'environnement, pour remédier aux problèmes de santé des populations touchées et pour garantir l'accès aux informations sur l'environnement. Le Comité considère que dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Hongrie est conforme à l'article 11§3 de la Charte.

Vaccinations et surveillance épidémiologique

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

Le Comité constate que les informations demandées ne lui ont pas été communiquées.

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 fournit un calendrier détaillé des mesures préventives prises en réponse à la pandémie de covid-19, incluant notamment l'imposition de la distanciation physique et de l'utilisation d'équipements de protection individuelle, la protection des groupes vulnérables, l'organisation l'enseignement en ligne et la limitation des déplacements internationaux. Le rapport passe en outre en revue les mesures prises en vue de renforcer les infrastructures, les systèmes et les services informatiques publics et d'assurer une communication efficace auprès de la population.

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 la Hongrie.

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 hongrois de sécurité sociale et note que ce dernier continue de couvrir toutes les branches traditionnelles (soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail/maladies professionnelles, famille, maternité, invalidité et survivants). Il prend note des modifications apportées durant la période de référence à la loi LXXX de 1997 relative aux personnes pouvant prétendre aux prestations de sécurité sociale et aux pensions privées.

En ce qui concerne l'étendue de la couverture de santé, le Comité relève dans le MISSOC que le régime de sécurité sociale est obligatoire pour les salariés et les indépendants, ainsi que pour les groupes assimilés, et qu'il est financé par les cotisations patronales et salariales. Les personnes qui ne sont pas assurées/ne peuvent prétendre aux prestations de santé peuvent conclure des accords contractuels avec l'Institut national d'administration du Fonds d'assurance maladie (*Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő*) pour pouvoir bénéficier des services médicaux. Dans le cas d'un adulte, la cotisation s'élève à 50 % du salaire minimum et dans le cas d'un mineur ou d'un étudiant, à 30 % du salaire minimum. Le Comité demande quel est le pourcentage de la population qui est couverte par le régime obligatoire.

En ce qui concerne la prestation de maladie, le Comité relève dans le MISSOC que l'ensemble des salariés et des travailleurs indépendants ainsi que des groupes assimilés sont couverts et que ceux qui ne sont pas obligatoirement assurés ont la possibilité de s'assurer volontairement. S'agissant de la prestation de vieillesse, le Comité note que tous les salariés et les travailleurs indépendants sont couverts, sans exception. Quant à la prestation de chômage, tous les salariés, travailleurs indépendants et groupes assimilés sont couverts. Le droit à la prestation de chômage ne dépend pas de la nationalité, mais du respect des conditions liées à la recherche d'un emploi.

Le Comité rappelle que, pour être conforme à l'article 12§1 de la Charte, le système de sécurité sociale doit couvrir un pourcentage significatif de la population active en ce qui concerne les prestations de maladie, de maternité, de chômage, les pensions et les prestations servies en cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Par conséquent, le Comité demande que chaque rapport relatif à l'article 12 de la Charte contienne des informations à jour sur la proportion de personnes couvertes par les prestations servies en remplacement des revenus (pourcentage de personnes assurées au regard du nombre total d'actifs).

Caractère suffisant des prestations

D'après les données d'Eurostat, le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté, était de 2 926 € par an, soit 244 € par mois. 40 % du revenu médian ajusté correspondait à 195 € par mois.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2017), le Comité a estimé que le montant minimum de la pension de vieillesse était insuffisant.

À cet égard, il relève dans le rapport qu'il est rare, dans la pratique, qu'une situation d'ouverture du droit au minimum vieillesse se présente, au moment de déterminer le montant de la pension, et que les personnes qui reçoivent une faible pension ne forment pas un groupe homogène. De plus, ces personnes peuvent voir leur pension exceptionnellement

majorée sur une base équitable et recevoir une indemnité forfaitaire. D'après le MISSOC, le montant minimum de la pension de vieillesse versée au titre de la sécurité sociale (*Öregségi nyugdíj*) était de 28 500 HUF (88 €) par mois en 2019. Le Comité note que ce montant est inférieur à 40 % du revenu médian ajusté et que, par conséquent, il est manifestement insuffisant. Dès lors, la situation n'est pas conforme à la Charte sur ce point.

S'agissant des prestations de **chômage**, dans sa conclusion précédente, le Comité a estimé que le montant de l'aide qui est octroyée aux demandeurs d'emploi ayant épuisé leur droit aux indemnités de chômage (après les avoir perçues pendant au moins 45 jours) et se trouvant à cinq ans de l'âge de la retraite, était manifestement insuffisant. Le rapport ne contient aucune information concernant le montant minimum de l'aide octroyée aux demandeurs d'emploi avant la retraite. Le Comité a précédemment noté que ce montant équivalait à 40 % du salaire minimum. Il demande si cela est toujours le cas et réserve sa position sur ce point.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a estimé que la durée de l'octroi de l'allocation versée à un demandeur d'emploi, qui pouvait aller jusqu'à 90 jours, était trop courte. À cet égard, le Comité relève dans le rapport que le soutien apporté aux demandeurs d'emploi enregistrés peut être administré de façon dynamique, principalement en soutenant l'emploi ou en favorisant la participation des personnes concernées aux instruments des politiques actives du marché du travail. En conséquence, l'extension de la période de versement des prestations de chômage ne figurait pas à l'ordre du jour du gouvernement. Le Comité rappelle que, pour être conforme à l'article 12 de la Charte, les prestations de chômage doivent être versées pendant une durée raisonnable (Conclusions 2006, Malte). Il note que la situation n'a pas changé et renouvelle par conséquent sa précédente conclusion de non-conformité au motif que la durée de l'octroi de la prestation de chômage est trop courte.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que les montants minima des prestations d'**invalidité**, lorsque le taux d'incapacité était d'au moins 70 %, étaient satisfaisants. Toutefois, lorsque le taux d'incapacité était inférieur à 70 %, mais que la personne n'était pas considérée comme employable et qu'une réadaptation professionnelle n'était pas recommandée, le montant minimum de la prestation se situait entre 30 et 45 % seulement du salaire minimum, un niveau alors inférieur à 40 % du revenu médian ajusté et dès lors insuffisant. Le Comité note que le rapport ne contient aucune information concernant les niveaux des prestations d'invalidité. Il relève dans le MISSOC que les montants minima de la prestation pour handicap versée aux personnes qui ne sont pas capables d'être autonomes ou ont besoin d'une assistance permanente pour prendre soin d'eux s'élevaient à 55 % du montant de base (soit 55 860 HUF ou 155 € par mois). Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les montants minima des prestations pour handicap ou de réadaptation versées aux personnes dont le niveau de handicap est tel que leur réadaptation professionnelle n'est pas recommandée. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

Conclusion

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

- le montant minimum de la pension de vieillesse est insuffisant ;
- la durée maximale d'indemnisation du chômage est trop courte.

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Hongrie.

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 précédente de 2017, le Comité avait conclu que la situation de la Hongrie n'était pas conforme à l'article 13§1 de la Charte au motif que le niveau de l'assistance sociale accordée à une personne seule sans ressources, y compris les personnes âgées, est insuffisant.

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

Le Comité prend note des informations importantes et détaillées fournies dans le rapport.

Au cours de la période de référence, le montant de base de l'allocation de soins ainsi que de nombreuses autres prestations ont été révisés, telles que les pensions pour les personnes handicapées, les pensions pour les personnes qui ne peuvent pas travailler ou reprendre pleinement le travail après un problème de santé, l'allocation de soins à domicile pour les enfants, l'aide à la construction de logements, etc. Le Comité prend note des modifications (et améliorations) introduites au cours de la période de référence.

En ce qui concerne les personnes âgées, à partir du 1er janvier 2017 et du 1er janvier 2018, le montant de l'allocation vieillesse a augmenté de 5 % en moyenne respectivement sur les deux années. En 2018, outre l'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'allocation, le montant de l'allocation a également augmenté, car son taux a augmenté en fonction du taux d'augmentation des pensions (après inflation). À partir du 1er janvier 2019, le plafond de revenu pour les prestations de vieillesse et le montant des prestations ont augmenté en fonction du taux de l'augmentation annuelle des pensions (2,7 %).

Au cours de la période de référence, le montant de base de l'allocation de soins ainsi que de nombreuses autres prestations ont été révisés, telles que les pensions pour les personnes handicapées, les pensions pour les personnes qui ne peuvent pas travailler ou reprendre pleinement le travail après un problème de santé, l'allocation de soins à domicile pour les enfants, l'aide à la construction de logements, etc. Le Comité prend note des modifications (et améliorations) introduites au cours de la période de référence.

En ce qui concerne l'assistance médicale, les soins de santé publics sont une contribution fournie aux personnes socialement défavorisées pour réduire leurs dépenses liées à la préservation et à la restauration de leur santé. La personne titulaire de la carte de soins de santé publique a le droit de bénéficier gratuitement de certains services – précisés dans une

législation distincte – couverts par le régime de sécurité sociale. Le Comité note en outre que l'allocation de médicaments consiste en l'allocation individuelle de médicaments destinée à soutenir les besoins médicaux réguliers. Depuis le 1er janvier 2018, le seuil de revenu pour les soins médicaux publics normatifs a augmenté de 5 %. Le nombre de bénéficiaires de l'aide médicale publique a augmenté en raison du relèvement du seuil de revenu, car davantage de personnes peuvent se voir accorder le droit à ces prestations.

Les personnes qui n'ont pas de relation d'assurance ou qui n'ont pas droit aux services de soins de santé pour d'autres raisons peuvent y avoir droit en fonction de leurs besoins sociaux, par exemple une personne dont le revenu mensuel par personne de la famille ne dépasse pas 120 % de la pension de vieillesse minimale (150 % de la pension de vieillesse minimale dans le cas d'une personne vivant seule) et dont la famille ne possède pas de biens ou d'actifs.

Le Comité avait considéré dans sa conclusion précédente (2017) que dans les cas où la personne qui est un demandeur d'emploi refuse un emploi ou sont au chômage pour des raisons qui leur sont imputables, l'allocation est supprimée. Le Comité avait demandé si l'allocation est supprimée dans son intégralité privant la personne concernée de ses moyens de subsistance. Le rapport indique que le droit à l'allocation de remplacement pour l'emploi est réexaminé chaque année. Dans certains cas, l'emploi peut être rétabli dans les trente-six mois suivant la cessation d'activité, sans coopération préalable avec le service public de l'emploi, pour autant que les conditions d'octroi soient par ailleurs remplies et que la suppression de l'allocation ne soit pas motivée par une "sanction". Toutefois, l'octroi de l'allocation de remplacement de l'emploi est soumis à une obligation de coopération, et en cas de non-respect, le droit à l'allocation est supprimé.

Le Comité rappelle que l'établissement d'un lien entre l'aide sociale et la volonté de rechercher un emploi ou de suivre une formation professionnelle est conforme à l'article 13 §1, dans la mesure où ces conditions sont raisonnables et cohérentes avec l'objectif poursuivi, à savoir trouver une solution durable aux difficultés de l'individu. Par ailleurs, la réduction ou la suspension des prestations d'aide sociale ne peut être conforme à la Charte que si elle ne prive pas la personne concernée de ses moyens de subsistance (Exposé interprétatif de l'article 13, Introduction générale aux conclusions XIV-1, p. 51-53 ; Conclusions XIV-1, France, p. 271-273 ; Conclusions 2006, Estonie). En outre, il doit être possible de faire appel d'une décision de suspension ou de réduction de l'aide (Conclusions XIII-2, Danemark, p. 124-126 ; Conclusions XIV-1, France, p. 271-273). Le Comité réitère ses questions de savoir si l'assistance est supprimée dans sa totalité et si la suppression de cette assistance peut équivaloir à la privation des moyens de subsistance de la personne concernée. Le Comité estime que si ces informations ne sont pas fournies dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que le droit à l'assistance sociale est effectivement garanti.

Le Comité avait également demandé, dans sa conclusion précédente, de confirmer que les personnes qui exercent une activité rémunérée peuvent toujours bénéficier de l'allocation pour les personnes en âge de travailler, à condition qu'elles satisfassent toujours à la condition de ressources (par exemple, avoir des revenus provenant d'une activité rémunérée inférieurs à 90 % de la pension de vieillesse minimale). Il existe deux types d'allocations : l'allocation pour atteinte à la santé et pour garde d'enfants ; l'allocation de remplacement de l'emploi. Selon l'article 33, paragraphe 1, de la loi sur l'administration sociale, les soins aux personnes en âge de travailler sont une prestation fournie aux personnes en âge de travailler, qui sont défavorisées sur le marché du travail, et à leur famille. Le bureau de district détermine le droit à la prise en charge des personnes d'âge actif pour une personne d'âge actif sous certaines conditions. Conformément au règlement susmentionné, en cas de poursuite de l'activité professionnelle, la prise en charge des personnes en âge de travailler conformément à la loi sur l'administration sociale ne peut être assurée.

Niveau des prestations

Pour évaluer le niveau d'assistance sociale pendant la période de référence, le Comité prend note des informations suivantes :

- Prestation de base : Le Comité note d'après le MISSOC qu'il existe deux types de prestations en espèces : la prestation de substitution à l'emploi (*foglalkoztatást helyettesítő támogatás*) : montant fixe, égal à 80 % de la pension de vieillesse minimale (*öregségi nyugdíj minimum*), soit 22 800 HUF (64 €) par mois en 2020 (c'est le même montant par rapport à 2015). La seconde est la prestation pour les personnes souffrant de problèmes de santé ou s'occupant d'un enfant (*egészségkárosodási és gyermekfelügyeleti támogatás*) : la prestation dépend du revenu de la famille. Le montant est calculé sur la base de l'"unité de consommation", qui indique la structure de la famille. Le revenu mensuel de la famille est complété à hauteur de 95 % (27 075 HUF) (76 €) de la pension de vieillesse minimale par unité de consommation en 2020.
- En ce qui concerne l'allocation de vieillesse (*Időskorúak járadéka*), elle s'élevait en 2020 à 26 350 HUF (74 €) par mois dans le cas d'une personne âgée ayant un conjoint, à 30 995 HUF (87 €) par mois dans le cas d'une personne seule âgée de moins de 75 ans et à 41 840 HUF (117 €) par mois dans le cas d'une personne seule âgée de plus de 75 ans. Le Comité note en outre dans le rapport que le montant mensuel moyen de l'allocation vieillesse s'élevait à 27 362 HUF (86 €) en 2015.
- Prestations complémentaires : le Comité prend note du fait qu'il n'existe actuellement aucun régime général de logement en Hongrie. Les collectivités locales peuvent fournir une aide financière pour soutenir les coûts de logement sous la forme d'une allocation locale (*települési támogatás*). Les formes, les critères d'éligibilité et le montant des allocations fournies dans le cadre de l'allocation locale sont déterminés par les collectivités locales. La décision semble laissée à la discrétion du gouvernement local et n'est donc pas garantie comme un droit subjectif.
- Le niveau de pauvreté, défini comme 50 % du revenu médian équivalent d'Eurostat, était de 244 € par mois en 2019.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a estimé que le niveau de l'aide sociale versée à une personne seule sans ressources, y compris les personnes âgées, était manifestement inadéquat car il n'était pas compatible avec le seuil de pauvreté. Le rapport rappelle que les modifications apportées au système de prestations au cours des dernières années ont été motivées par l'ambition que toutes les personnes disponibles pour l'emploi gagnent leur vie par le travail plutôt que par les prestations, l'emploi étant l'outil le plus important pour sortir de la pauvreté. Le gouvernement a pour objectif de rendre l'opportunité d'un emploi accessible à tous.

Le Comité note toutefois que le montant de l'aide sociale que peut obtenir une personne seule sans ressources, y compris les personnes âgées, est inférieur au seuil de pauvreté et n'est donc pas adéquat. Le Comité réitère sa précédente conclusion de non-conformité.

Droit de recours et aide judiciaire

Le Comité rappelle que le droit garanti par l'article 13§1 met à la charge des Etats une obligation "qu'ils peuvent être appelés à honorer en justice". L'organe de contrôle peut être un tribunal ordinaire ou un organe administratif, à condition qu'il offre les garanties suivantes :

- il doit s'agir d'un organe indépendant de l'exécutif et des parties. Pour déterminer si un organe peut être considéré comme indépendant, le Comité examine le mode de désignation de ses membres, la durée de leur mandat et les garanties existantes contre les pressions extérieures (règles de révocation, de licenciement, instructions, qualifications requises, etc ;)

- toutes les décisions défavorables concernant l'octroi et le maintien de l'aide doivent pouvoir faire l'objet d'un recours, y compris les décisions de suspension ou de réduction des prestations d'aide, par exemple en cas de refus de la personne concernée d'accepter une offre d'emploi ou de formation ;
- l'instance de recours doit avoir le pouvoir de juger l'affaire sur le fond, et pas seulement sur des points de droit. Si cette exigence concernant l'étendue du recours n'est pas satisfaite en première instance, elle doit l'être au niveau de contrôle suivant.

Afin de garantir aux demandeurs l'exercice effectif de leur droit de recours, une aide juridique doit être fournie.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a noté que c'est le bureau du gouvernement dans la capitale ou dans le comté qui agit, en tant qu'autorité compétente pour décider d'un recours, dans les affaires administratives attribuées, en première instance, au bureau de district, conformément à la loi sociale. Après l'épuisement du droit de recours, un contrôle judiciaire peut être proposé (tribunal administratif et du travail). Le Comité a considéré que les conditions d'éligibilité aux allocations prévues dans le cadre de la compétence du gouvernement local sont fixées par des décrets du gouvernement local. Le contrôle de légalité est exercé sur le fonctionnement des Gouvernements locaux par le bureau du Gouvernement du comté. Par conséquent, pour les prestations en question, l'organe de contrôle n'a pas le pouvoir de juger l'affaire sur le fond mais uniquement sur des points de droit. À cet égard, le Comité a demandé des éclaircissements supplémentaires. Le rapport indique que les prestations fournies par le gouvernement local le sont dans les conditions fixées par leurs décrets, et que les gouvernements locaux sont libres de déterminer les types de prestations qu'ils fournissent et les conditions dans lesquelles elles sont fournies. Si le décret accorde des pouvoirs discrétionnaires à la personne compétente, la fourniture des prestations ne peut être considérée comme obligatoire. Sur la base des informations fournies, le droit de recours ne remplit pas les conditions prévues par la Charte et la situation n'est donc pas conforme à cet égard.

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

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 13§1, les Etats sont tenus de fournir une assistance médicale et sociale adéquate à toutes les personnes dans le besoin, tant à leurs propres ressortissants qu'aux ressortissants des Etats parties résidant légalement sur leur territoire, sur un pied d'égalité.

Le Comité a demandé dans des conclusions de 2017 s'il existe une condition de durée de séjour avant que les ressortissants étrangers concernés puissent bénéficier des prestations. Le rapport indique qu'il n'existe aucune condition de durée de séjour pour le recours aux prestations fondées sur les besoins sociaux, ni pour les demandeurs d'asile ni pour les bénéficiaires d'une protection internationale (réfugié, protégé, demandeur d'asile, admis). L'absence de revenus et de ressources financières n'entraîne en aucun cas la suppression ou la suspension des besoins fondamentaux pour les demandeurs d'asile et les bénéficiaires d'une protection internationale. Depuis le 1er janvier 2016, le champ d'application personnel de la loi sur l'administration sociale s'étend aux personnes suivantes vivant en Hongrie : a) les citoyens hongrois ; b) les immigrants et les colons ; c) les apatrides ; d) les personnes reconnues comme réfugiés par les autorités hongroises. En ce qui concerne l'aide extraordinaire des collectivités locales, le champ d'application de la loi sur l'administration sociale s'étend également aux citoyens des pays ayant ratifié la Charte

sociale européenne qui résident légalement sur le territoire de la Hongrie. Le champ d'application de la loi s'étend aux personnes bénéficiant du droit de libre circulation et de résidence si, au moment de la demande de la prestation, elles exercent leur droit de libre circulation et de résidence pendant plus de trois mois sur le territoire de la Hongrie et ont une résidence enregistrée.

En ce qui concerne la pension pour les personnes âgées, le champ d'application de la loi couvre les citoyens de pays tiers titulaires d'un permis de séjour visé par la directive (UE) n° 2016/801 du Parlement européen et du Conseil du 11 mai 2016 établissant les conditions d'entrée et de séjour d'un citoyen de pays tiers à des fins de recherche, d'étude, de stage, de service volontaire, de programmes d'échange d'étudiants ou de projets éducatifs, et d'activités au pair. En plus de ce qui précède, le champ d'application de la loi sur la protection de l'enfance couvre : a) les enfants, les jeunes adultes de nationalité hongroise résidant sur le territoire de la Hongrie et, sauf disposition contraire d'un traité international, les enfants, les jeunes adultes ayant un statut de résident, d'immigrant et d'admis ainsi que ceux reconnus comme réfugiés, protégés ou apatrides par les autorités hongroises et leurs parents ; b) les personnes ayant le droit de circuler et de séjourner librement si, au moment où elles demandent la prestation, elles exercent leur droit de circuler et de séjourner librement pendant plus de trois mois sur le territoire de la Hongrie et ont un domicile enregistré spécifié dans la loi LXVI de 1992 sur la tenue des registres des données personnelles et des adresses des citoyens ; c) les enfants étrangers âgés de moins de dix-huit ans qui ont demandé l'asile et sont entrés sur le territoire de la Hongrie sans être accompagnés d'un adulte responsable de leur surveillance en vertu de la loi ou de la coutume, ou qui sont restés non accompagnés après leur entrée, jusqu'à ce qu'ils soient placés sous la surveillance d'un adulte responsable d'eux.

Par conséquent, les prestations qui peuvent être versées en vertu de la loi sur la protection de l'enfance peuvent également être accordées aux citoyens non hongrois. Il y a une condition de séjour de 3 mois en Hongrie et de disponibilité de ressources suffisantes pendant toute la durée de leur séjour afin que leur séjour ne devienne pas une surcharge pour le système hongrois.

Le Comité demande au prochain rapport de fournir des informations sur la question de savoir si les étrangers résidant légalement en Hongrie peuvent perdre leur permis de séjour s'ils ne disposent pas de ressources suffisantes ou si ce permis peut être révoqué.

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 avait déjà demandé si la législation et la pratique étaient conformes à ces exigences. Le Comité réitère cette question et déclare que si ces informations ne sont pas fournies dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte.

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

Le rapport ne fait pas référence à des mesures spécifiques pour respecter le droit à l'assistance sociale et médicale dans le cadre de la pandémie de la covid-19. Le Comité demande au prochain rapport de fournir des informations sur l'assistance sociale et les mesures spécifiques prises pendant la pandémie de la covid-19.

Conclusion

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

- le niveau de l'assistance sociale versée à une personne seule sans ressources, y compris les personnes âgées, n'est pas suffisant.
- le droit de recours n'est pas garanti pour certaines prestations.

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 la Hongrie, ainsi que les commentaires d'*Amnesty International*.

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.

Dans sa précédente conclusion, le Comité a jugé que la situation n'était pas conforme à l'article 14§1 de la Charte au motif que l'égalité d'accès aux services sociaux n'était pas garantie aux ressortissants de tous les États parties qui résidaient légalement sur le territoire hongrois (Conclusions 2017).

Le rapport précise qu'en vertu de la loi relative à l'administration sociale, les services sociaux sont accessibles aux citoyens hongrois, aux immigrés et aux colons, aux apatrides et aux personnes reconnues comme réfugiés. Le rapport explique que les personnes soumises à la réglementation sur la liberté de circulation, c'est-à-dire les ressortissants de l'UE et de l'EEE, ont droit aux prestations et services sociaux si elles ont un lieu de résidence déclaré et exercent leur droit de séjour depuis plus de trois mois. Par ailleurs, les personnes ayant un statut spécial, comme les réfugiés et les apatrides, ont droit aux prestations et services sociaux sans condition de durée de résidence. Le Comité note que la situation n'a pas changé à cet égard, c'est-à-dire que les ressortissants des autres États parties (non membres de l'UE/EEE) qui résident légalement sur le territoire hongrois sans toutefois être titulaires d'un titre de séjour permanent ne peuvent bénéficier des services sociaux au sens de l'article 14 que dans certaines limites et dans des situations d'urgence où leur vie et leur intégrité physique sont en jeu. Rappelant que les ressortissants de tous les États parties qui résident légalement sur le territoire doivent être traités sur un pied d'égalité avec les nationaux, le Comité conclut que la situation demeure non conforme à l'article 14§1 de la Charte.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a réservé sa position s'agissant de la protection des données à caractère personnel dans le contexte de l'utilisation des services sociaux. Le rapport fournit les explications nécessaires, indiquant qu'en vertu de l'article 20/C de la loi relative à l'administration sociale, les données des bénéficiaires sont enregistrées dans le Registre électronique central des bénéficiaires des services. Les données figurant dans ce registre ne peuvent être transmises qu'aux organismes habilités à les demander, c.-à-d. aux directions du Trésor public hongrois et aux organismes autorisant l'opération, et uniquement dans les limites de ce qui est nécessaire à l'exercice des droits.

En vertu de la loi de 2011 relative à l'autodétermination en matière d'information et à la liberté d'information, un délégué à la protection des données doit être nommé dans tous les

cas où un traitement des données est effectué par les pouvoirs publics ou par d'autres organismes remplissant une mission de service public. Les organismes à vocation sociale sont également soumis à cette règle, et la nomination d'un délégué à la protection des données est, dans leur cas, nécessaire. Ils sont en outre tenus d'élaborer des règles de protection des données afin de faire respecter les droits fondamentaux des personnes concernées.

Le Comité prend acte des informations fournies en réponse à ses questions précédentes (voir Conclusions 2017) concernant le système de services sociaux et de protection de l'enfance assurant une prise en charge individuelle, la mise en œuvre des réformes de 2012-2015, telles que la réforme de la loi relative à la protection de l'enfance, les réformes instaurant une relation juridique avec la famille d'accueil et les logements subventionnés destinés aux personnes handicapées ou présentant des troubles psychiatriques.

En réponse aux questions ciblées du Comité, le rapport précise que le fonctionnement et l'offre de services des structures d'accueil de jour ont été modifiés pendant l'état d'urgence instauré en raison de la pandémie de covid-19. Les services fournis dans les bâtiments desdites structures ont été suspendus, mais ces dernières n'ont cependant pas cessé de fonctionner. Leur activité a été modifiée pour empêcher la propagation de l'épidémie. Dans les établissements spécialisés d'assistance sociale, à l'exception des centres d'hébergement de nuit, des centres d'hébergement temporaire et des logements externes pour les sans-abri, une interdiction d'effectuer des visites et de quitter les établissements, ainsi qu'une interruption des admissions, ont été instaurées.

L'arrêté ministériel n° 88/2020 du 5 avril 2020 sur les mesures à prendre par les services sociaux et les services de protection de l'enfance pendant l'état d'urgence et l'ordonnance relative au fonctionnement des services sociaux pendant l'état d'urgence prévoyaient des mesures temporaires devant être prises par lesdits services pour éviter les contacts personnels et protéger la santé des pensionnaires des établissements d'assistance sociale et des établissements de protection de l'enfance (l'administration a été simplifiée, la validité des décisions précédemment prises a été prolongée, et le nombre de bénéficiaires admis, le nombre de places et le cahier des charges ont pu être dépassés). Afin d'assurer la continuité des activités des établissements et des prestataires de services d'assistance sociale et de protection de l'enfance, des salariés qui avaient été dispensés de travailler ont pu être réaffectés.

Le rapport ne contient pas d'informations sur les mesures spécifiques qui auraient été prises en prévision de futures crises de ce type.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Hongrie n'est pas conforme à l'article 14§1 de la Charte au motif que l'égalité d'accès aux services sociaux n'est pas garantie aux ressortissants de tous les États parties qui résident légalement sur le territoire hongrois.

Article 14 - Droit au bénéfice des services sociaux

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

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Hongrie.

Il rappelle que l'article 14§2 engage les États parties à soutenir les organisations bénévoles qui souhaitent 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 note par ailleurs qu'aux fins de la présente évaluation, 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 ») et les conclusions précédentes de non-conformité ou d'ajournement. Par conséquent, les États devaient fournir des informations sur la participation des usagers aux services sociaux (« co-production ») et notamment 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 fournit un exemple de participation d'usagers pour l'attribution de logements sociaux. Dans cet exemple, les prestataires du service en question travaillent avec les usagers conformément à certains principes. Les logements sociaux créent les conditions propices pour que les personnes en situation de handicap, ou souffrant de problèmes psychiatriques et d'addictions, bénéficient d'un logement et de services sociaux appropriés à leur âge, à leur état de santé et à leur capacité à subvenir à leurs besoins, au lieu d'être placées en structures d'accueil médicalisées. Le service se fonde sur une évaluation complexe des besoins des usagers, qui permet à la prise en charge d'être adaptée autant que possible aux besoins de chaque individu, et recense également les souhaits et volontés de chacun.

L'exemple fourni ne permet toutefois pas au Comité d'apprécier pleinement la situation sous l'angle de l'article 14§2 et de l'ensemble des exigences qu'il renferme. Par conséquent, il demande que le prochain rapport contienne des informations complètes sur la participation des usagers aux services sociaux et indique notamment comment cette participation est encouragée dans la loi et dans d'autres processus décisionnels, et si des mesures concrètes pour la soutenir, y compris budgétaires, ont été adoptées ou envisagées.

Le Comité prend en considération les informations répondant aux questions à ses précédentes questions (voir Conclusions 2017) sur les conditions à remplir pour qu'une organisation puisse être immatriculée au registre des prestataires de services sociaux, sur le fonctionnement pratique du système de financement des prestataires de services sociaux privés, ainsi que sur le système de contrôle en termes de prévention et de réparation utilisé pour contrôler la qualité des services et garantir les droits des usagers.

Le Comité prend connaissance des informations fournies en réponse à ses précédentes questions.

Conclusion

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