



mars 2022

CHARTE SOCIALE EUROPEENNE REVISEE

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2021

LETTONIE

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 Lettonie, qui a ratifié la Charte sociale européenne révisée le 26 mars 2013. L'échéance pour remettre le 7^e rapport était fixée au 31 décembre 2020 et la Lettonie l'a présenté le 11 janvier 2021.

Le Comité rappelle qu'il a été demandé à la Lettonie 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 du Défenseur des droits de Lettonie sur le 7^e rapport ont été enregistrés le 13 juillet 2021. La réponse du Gouvernement aux commentaires du Défenseur des droits de Lettonie a été enregistrée le 31 août 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 Lettonie a accepté toutes les dispositions de ce groupe, sauf les articles 12§3, 12§4 et 23.

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

Les Conclusions relatives à la Lettonie concernent 13 situations et sont les suivantes :

– une conclusion de conformité : article 13§2 ;

– six conclusions de non-conformité : articles 3§3, 11§1, 12§1, 12§2, 13§1 et 14§1.

En ce qui concerne les six autres situations, régies par les articles 3§1, 3§2, 3§4, 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 Lettonie de présenter des rapports en vertu de la Charte révisée.

Le rapport suivant de la Lettonie 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 Lettonie.

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 reporté sa conclusion dans l'attente d'informations demandées (Conclusions 2017). L'évaluation du Comité portera donc uniquement sur les informations fournies par le gouvernement en réponse au report et 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 précédemment demandé que le prochain rapport fournisse des informations sur les activités mises en œuvre et les résultats obtenus par la Stratégie nationale 2008-2013 (Conclusions 2017). Le Comité note que le rapport indique que le résultat politique défini dans la Stratégie pour le développement du domaine de la protection du travail 2008-2013 et la mise en œuvre du Plan d'action stratégique 2011-2013 (une réduction de 30 % des accidents du travail mortels pour 100 000 employés) a été atteint (40,3 %) – de 6,2 en 2007 à 3,7 en 2013 – à la fois par la mise en œuvre effective de mesures qui contribuent à l'amélioration de la situation en matière de sécurité et de santé au travail et par le déclin de l'activité économique dans les secteurs les plus dangereux en 2008-2010 en raison de la crise économique.

Dans sa précédente conclusion, le Comité a également demandé des informations plus complètes sur le contenu et la mise en œuvre de la politique nationale en matière de santé et de sécurité au travail (SST), ainsi que sur les résultats obtenus par la Stratégie nationale pour le développement du domaine de la protection du travail 2016-2020, par le Plan d'action stratégique 2016-2018 et par les Plans de mesures de prévention en matière de santé et de sécurité au travail, qui sont élaborés chaque année (Conclusions 2017). Le Comité a également demandé que le prochain rapport indique si les politiques et les stratégies sont périodiquement révisées et, si nécessaire, adaptées en fonction de l'évolution des risques.

Selon le rapport, la stratégie nationale actuelle en matière de sécurité et de santé au travail, dans laquelle le nombre d'accidents du travail mortels et graves est utilisé comme principal indicateur, se compose de la stratégie pour le développement du domaine de la protection du travail 2016-2020, du plan d'action stratégique 2016-2018 et du plan d'action stratégique 2019-2020. La stratégie nationale s'appuie sur les informations statistiques et pratiques de l'Inspection nationale du travail et de l'Agence universitaire de Riga Stradins, ainsi que sur les suggestions des partenaires sociaux et les données de diverses études.

Le rapport mentionne également que les données de l'étude « Conditions de travail et risques en Lettonie » (réalisée en 2006, 2010, 2013 et 2018) ont fourni des informations significatives concernant l'augmentation des différents risques liés à l'environnement de

travail, l'évolution de la situation dans différents secteurs, le niveau de sensibilisation de la société et également des suggestions d'experts pour des améliorations. Le rapport indique qu'il est prévu de réaliser de telles études également à l'avenir, afin de mettre en œuvre une politique de haute qualité et orientée vers les objectifs dans le domaine des droits et de la protection du travail.

Le Comité prend note des informations fournies par la Lettonie concernant la santé et la sécurité au travail et les évaluera dans le cadre de la conclusion de l'article 3§3.

Le rapport intérimaire sur le plan d'action stratégique 2016-2018 prévoyait que les développements ultérieurs dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail devraient tenir compte des tendances en Lettonie et dans l'UE, en particulier dans le domaine de la prévention et du diagnostic précoce des maladies professionnelles et de la disponibilité de services de réadaptation précoce, ainsi que dans le domaine des exigences de protection du travail aux employés impliqués dans le télétravail et d'autres formes d'emploi. Tout en notant que cette politique vise à préserver une culture de la prévention en matière de santé et de sécurité au travail, le Comité observe que le rapport ne fournit pas d'informations adéquates sur les risques spécifiques émergents ou relativement nouveaux pour la santé et la sécurité auxquels les travailleurs sont exposés dans des environnements de travail en constante évolution, notamment en ce qui concerne le stress lié au travail. Cette approche dynamique est considérée comme essentielle du point de vue des droits de l'homme et des obligations positives, car les politiques et stratégies adoptées dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail doivent être régulièrement évaluées et revues, notamment à la lumière de l'évolution des risques.

Le Comité demande donc que le prochain rapport fournisse des informations plus complètes sur le contenu et la mise en œuvre de la politique nationale en matière de santé et de sécurité au travail en ce qui concerne les nouveaux risques spécifiques pour la santé et la sécurité, tels que ceux concernant les nouvelles formes de professions qui impliquent une exposition au risque supposée ou acceptée, ceux qui impliquent une attention intense du travailleur ou l'attente d'une performance élevée ou d'une augmentation du rendement ou de la productivité, et ceux liés à des situations nouvelles ou récurrentes de stress ou de traumatisme au travail. Il demande que le prochain rapport indique si les politiques et les stratégies sont périodiquement revues et, si nécessaire, adaptées en fonction de l'évolution des risques.

Organisation de la prévention des risques professionnels

Le rapport indique que depuis 2015, l'Inspection nationale du travail a augmenté le nombre d'inspections préventives au cours desquelles il est possible de fournir des consultations aux employeurs sur les mesures à prendre pour améliorer l'environnement de travail. Il explique en outre qu'en moyenne, l'Inspection d'État du travail organise chaque année 4 inspections thématiques préventives qui visitent 600 entreprises dans les secteurs les plus dangereux ou intensifient les inspections de risques spécifiques liés à l'environnement de travail. Le Comité note que depuis 2015, l'Inspection nationale du travail a augmenté le nombre d'inspections préventives et les entreprises visitées. Il note en outre que ces inspections ont eu lieu dans l'industrie à haut risque et se sont concentrées sur la sécurité lors du travail avec des équipements de travail, sur les risques psycho-émotionnels dans l'environnement de travail, et sur la sécurité des voies de circulation en entreprise et des abords des entreprises.

Le rapport cite l'impact du projet du Fonds social européen (FSE) « Application pratique des textes réglementaires concernant la relation de travail et la sécurité au travail », dont l'objectif est d'améliorer la santé et la sécurité au travail dans les entreprises au cours de la période 2016-2023, en particulier dans les entreprises opérant dans des secteurs à haut risque. Le Comité prend note de l'objectif de la Lettonie d'améliorer les capacités professionnelles et les performances de l'Inspection nationale du travail en assurant la

formation des inspecteurs, l'échange d'expériences, la fourniture d'équipements modernes et l'amélioration des systèmes d'information et d'analyse et des méthodes de travail conformément aux nouvelles tendances et technologies.

Amélioration de la sécurité et de la santé au travail

En ce qui concerne les accidents du travail, le rapport indique que les fonds du budget spécial pour les accidents du travail seront dépensés pour financer les mesures préventives qui sont mises en œuvre par l'agence de l'université de Riga Stradins « Institut pour la sécurité au travail et la santé environnementale », suivant les recommandations du ministère de la protection sociale. Le conseil d'information décide des activités nécessaires qui sont incluses dans le plan d'action annuel de prévention de la santé et de la sécurité au travail. Les mesures de ce plan, qui sont également incluses dans la stratégie, sont essentielles pour informer le public, en particulier les employeurs, les employés et les spécialistes de la protection du travail.

Le Comité prend en compte les données fournies dans le rapport concernant la prévention des accidents du travail au cours de la période. Le Comité note également que l'évaluation intérimaire des activités et mesures énoncées dans le Plan d'action stratégique 2016-2018 a conclu que ces activités avaient contribué à améliorer la situation dans le domaine de la protection du travail, notamment en termes de sensibilisation du public et de réduction du nombre d'accidents du travail graves et mortels. L'évaluation intermédiaire prévoyait également que les développements futurs dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail devraient tenir compte des tendances en Lettonie et dans l'UE, notamment en ce qui concerne le diagnostic précoce des maladies professionnelles, la disponibilité de services de réadaptation précoce et l'extension des exigences en matière de protection du travail aux employés impliqués dans le télétravail ainsi que dans d'autres formes d'emploi.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le rapport indique que depuis 2015, l'Inspection nationale du travail a augmenté le nombre d'inspections préventives au cours desquelles il est possible de fournir des conseils aux employeurs sur les mesures à prendre pour améliorer l'environnement de travail. Le rapport indique également que le rapport intérimaire sur le plan d'action stratégique 2016-2018 prévoyait que les développements ultérieurs dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail devraient tenir compte des tendances en Lettonie et dans l'UE, en apportant un soutien aux employeurs dans l'évaluation de l'environnement de travail, en fournissant des informations au public et en particulier aux employeurs et aux employés, des formations pratiques et des conseils sur le lieu de travail, en encourageant la coopération mutuelle et, finalement, en créant une culture préventive et en préparant les jeunes à commencer à travailler.

Le Comité considère que cette approche devrait permettre au gouvernement letton d'identifier les situations nouvelles ou émergentes qui représentent un défi pour le droit à des conditions de travail sûres et saines, car elle prévoit une consultation dynamique avec les travailleurs et les employeurs. Le Comité demande donc que le prochain rapport fournisse des informations spécifiques sur la manière dont la consultation des partenaires sociaux est menée.

COVID-19

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

Le Comité note que le gouvernement a adopté des réglementations dans le but de contenir la propagation de la covid-19 (arrêté du Cabinet des ministres n° 103/2020 « relatif à la déclaration de la situation d'urgence »), et que ces réglementations ont été adaptées à l'évolution des circonstances (amendements du 2 avril 2020 à l'arrêté du Cabinet des ministres n° 103 ; loi sur la gestion de la propagation de l'infection par la covid-19 et loi sur la suppression des conséquences de la propagation de l'infection par la covid-19 le 5 juin 2020 ; réglementations du Cabinet des ministres n° 103). 103 ; Loi sur la gestion de la propagation de l'infection par la covid-19 et Loi sur la suppression des conséquences de la propagation de l'infection par la covid-19 du 5 juin 2020 ; Règlement du Cabinet des ministres n° 360/2020 « Mesures de sécurité épidémiologique pour la limitation de la propagation de l'infection par la covid-19 » ; Arrêté du Cabinet des ministres n° 655/2020 « Concernant la déclaration de la situation d'urgence »). Il note également l'utilisation de 34.259. 043,19 EUR jusqu'au 25 octobre 2020 sur la ligne budgétaire du programme de l'État « Fonds pour les événements imprévus » pour l'achat et le transport nécessaire de matériel (masques, respirateurs, écrans faciaux, vêtements médicaux, gants, désinfectants et autres produits) qui préviennent l'infection par la covid-19. Le Comité rappelle qu'en cas de pandémie, les États parties doivent prendre toutes les mesures mentionnées dans les plus brefs délais, en utilisant au maximum les ressources financières, techniques et humaines disponibles, et par tous les moyens appropriés de caractère national et international, y compris l'assistance et la coopération internationales.

En ce qui concerne les orientations générales pour les employeurs et la formation et les instructions pour les employés, le Comité note que des documents et des vidéos spécifiques ont été réalisés pour différents secteurs sur les règles de sécurité et l'utilisation correcte des équipements de protection individuelle. Il observe également que l'Inspection nationale du travail a intensifié les consultations avec les employeurs et les employés concernant l'évaluation des risques et les mesures préventives pour assurer la protection contre la covid-19. En particulier, le Comité note que, selon le rapport, une attention particulière a été accordée à ces questions au tout début de la pandémie. Sur la base des informations fournies dans le rapport, le Comité comprend que le gouvernement est conscient que les règles générales de sécurité sur la formation et l'instruction des travailleurs et sur les équipements de protection individuelle doivent encore être appliquées, étant donné l'évolution de la pandémie, et souligne que la fourniture rapide des équipements de protection individuelle nécessaires est particulièrement nécessaire dans le cas des travailleurs de première ligne.

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

Le Comité 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

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

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 Lettonie.

Le Comité rappelle qu'aux fins du présent rapport, il a été demandé aux États de répondre aux questions ciblées posées au titre de l'article 3§2, ainsi qu'aux précédents constats de non-conformité et aux décisions d'ajournement, le cas échéant (voir l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, dans laquelle le Comité a demandé un rapport sur l'application des dispositions de la Charte relevant du groupe thématique « Santé, sécurité sociale et protection sociale »).

Le Comité note que la conclusion précédente a été ajournée dans l'attente d'informations (Conclusions 2017). Par conséquent, son appréciation portera uniquement sur les informations fournies par le gouvernement en réponse à la décision d'ajournement et à la question ciblée.

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

Le Comité a précédemment examiné la situation en ce qui concerne la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail. Il a souligné que cette réglementation doit prendre en compte le stress lié au travail, ainsi que les agressions et violences propres au monde du travail que subissent en particulier les travailleurs engagés dans des relations d'emploi atypiques. Le Comité a demandé que le rapport suivant contienne des informations complètes et détaillées sur la législation et la réglementation, notamment toute modification adoptée pendant la période de référence, régissant spécifiquement les risques énumérés dans l'introduction générale aux Conclusions XIV-2 (Conclusions 2017).

Le rapport indique en réponse que les principes généraux en matière d'hygiène et de sécurité professionnelles sont définis dans la loi relative à la protection des travailleurs adoptée le 20 juin 2001. Le rapport précise que la réglementation en matière d'hygiène et de sécurité professionnelles s'applique aux relations de travail atypiques lorsqu'il est possible d'identifier l'employeur et l'employé.

Le Comité note que les informations fournies au sujet de la législation et de la réglementation adoptées au cours de la période de référence, qui régissent en particulier les risques énumérés dans l'Introduction générale aux Conclusions XIV-2 sont insuffisantes et réitère sa demande d'informations. Le Comité souligne que dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Lettonie soit conforme à l'article 3§2 de la Charte sur ce point.

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 indique en réponse qu'il y a eu des changements dans la législation lettone sur le terrain du télétravail et de la protection des travailleurs indépendants. Ces changements ont pour but d'améliorer l'application des exigences en matière d'hygiène et de sécurité professionnelles aux travailleurs indépendants et aux personnes qui travaillent à distance. Ils donnent une définition du télétravail et indiquent que les télétravailleurs doivent coopérer

avec leur employeur dans le cadre de l'évaluation des risques liés à leur environnement de travail et qu'ils doivent lui fournir des informations sur les conditions susceptibles de retentir sur leur sécurité et leur santé.

Le Comité note que le rapport fait apparaître un déséquilibre des responsabilités au détriment des télétravailleurs, car il est de leur responsabilité, et non de celle de leur employeur, de couvrir les risques liés à l'environnement de travail. Le Comité demande des informations plus précises à ce sujet.

Le Comité souligne que les informations fournies en réponse à la question ciblée sont insuffisantes et renouvelle sa demande d'informations. Il souligne que dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettrait d'établir que la situation de la Lettonie 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

Faisant observer que les informations fournies par la Lettonie concernant la mise en place, la modification et l'entretien des postes de travail étaient trop générales, le Comité a demandé, dans sa conclusion précédente, des informations complètes et détaillées sur la législation et la réglementation, y compris tout amendement adopté pendant la période de référence. Il a également demandé des informations sur l'intention du gouvernement de ratifier ou d'appliquer les conventions de l'OIT n° 167 sur la sécurité et la santé dans la construction (1998), n° 176 sur la sécurité et la santé dans les mines (1995) et n° 184 sur la sécurité et la santé dans l'agriculture (2001). De plus, il a demandé des informations plus détaillées sur la mise en œuvre des mesures de prévention adaptées à la nature des

risques, sur la mise à disposition d'informations et de formations à l'intention des travailleurs, ainsi que sur le calendrier de mise en conformité des postes de travail (Conclusions 2017).

Le rapport indique en réponse que les règles énoncées dans les directives de l'Union européenne apportant déjà un haut niveau de protection des employés, la Lettonie n'a pas l'intention de ratifier à brève échéance les conventions de l'OIT n° 167 sur la sécurité et la santé dans la construction (1998), n° 176 sur la sécurité et la santé dans les mines (1995) et n° 184 sur la sécurité et la santé dans l'agriculture (2001). Le rapport précise que les prescriptions générales des actes juridiques régissant la sécurité et la santé au travail s'appliquent à tous les secteurs de l'économie, y compris à la construction, aux mines et à l'agriculture. Des prescriptions particulières concernant le secteur de la construction figurent dans le décret du Conseil des ministres n° 90 sur les exigences de protection des travailleurs du secteur de la construction, qui transpose la directive 92/57/CEE du Conseil du 24 juin 1992 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé à mettre en œuvre sur les chantiers temporaires ou mobiles. De plus, le décret du Conseil des ministres n° 150 relatif aux exigences de protection des travailleurs pour l'extraction de minerais contient des normes juridiques qui sont transposées de la directive 92/104/CEE du Conseil du 3 décembre 1992 concernant les prescriptions minimales visant à améliorer la protection en matière de sécurité et de santé des travailleurs des industries extractives à ciel ouvert ou souterraines.

En ce qui concerne les dispositions applicables à la mise en place, la modification et l'entretien des postes de travail, le rapport indique que ces dispositions figurent dans le décret du Conseil des ministres n° 359 relatif aux exigences de protection des travailleurs sur les lieux de travail, qui transpose la directive 89/654/CEE du Conseil du 30 novembre 1989 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour les lieux de travail. Ce décret comprend les exigences relatives à la conception, l'installation et l'entretien des différents éléments des lieux de travail, notamment les appareils électriques, les équipements, l'éclairage, les portes, les fenêtres et les escaliers.

Le rapport indique que le décret du Conseil des ministres n° 749 concernant la réglementation relative à la formation sur la protection des travailleurs définit les procédures de formation sur la sécurité et la santé au travail et s'applique à tous les secteurs. L'employeur doit veiller à ce que chacun de ses employés ait suivi une formation adaptée. Les employés doivent tenir compte des éventuels risques et dangers que présentent certaines tâches.

Protection contre les substances et agents dangereux

Ayant noté que le rapport ne donnait aucune information sur les niveaux de prévention et de protection en ce qui concerne l'amiante et les rayonnements ionisants, le Comité a demandé, dans sa conclusion précédente, des informations détaillées sur les valeurs limites d'exposition, l'interdiction de la production et de la mise sur le marché de l'amiante et des produits en contenant, et l'intégration des exigences figurant dans la Recommandation n° 103 de la Commission internationale de protection radiologique (2007). Il a également demandé si les recommandations de l'OIT n° 172 sur la sécurité dans l'utilisation de l'amiante (1986) et n° 114 sur la protection contre les radiations (1960) étaient prises en compte et si les autorités avaient prévu de dresser un inventaire de tous les bâtiments et matériaux contaminés. Le Comité a aussi demandé des informations sur les dispositions spécifiques relatives à la protection contre les risques d'exposition au benzène (Conclusions 2017).

Le rapport précise que le règlement n° 1907/2006 du Parlement européen et du Conseil du 18 décembre 2006 concernant l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des substances chimiques, ainsi que les restrictions applicables à ces substances (REACH), instituant une agence européenne des produits chimiques, modifiant la directive 1999/45/CE et abrogeant le règlement (CEE) n° 793/93 du Conseil et le règlement (CE) n° 1488/94 de la Commission

ainsi que la directive 76/769/CEE du Conseil et les directives 91/155/CEE, 93/67/CEE et 2000/21/CE de la Commission, qui définit les exigences relatives aux restrictions applicables à la fabrication, à la mise sur le marché et à l'utilisation de certaines substances dangereuses et de certains mélanges et articles dangereux, et qui mentionne les fibres d'amiante et le benzène, est directement applicable en Lettonie. De plus, les procédures de gestion des déchets amiantés sont définies par le décret du Conseil des ministres n° 301 relatif à la réglementation en matière de pollution environnementale causée par la production d'amiante et de produits à base d'amiante et par la gestion des déchets amiantés. Ce décret précise comment gérer les bâtiments, équipements ou matériaux contenant de l'amiante et comment transporter et éliminer les déchets amiantés.

Le Comité note que la Lettonie a transposé dans son droit interne la directive 2009/148/CE du Parlement européen et du Conseil du 30 novembre 2009 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail. Cela étant, aucune information n'est fournie concernant la prise en compte de la recommandation de l'OIT n° 172 sur la sécurité dans l'utilisation de l'amiante (1986). Le Comité renouvelle par conséquent sa demande d'informations.

En ce qui concerne les rayonnements ionisants, le rapport précise que la loi relative à la sécurité en matière de rayonnements et à la sûreté nucléaire a été adoptée en 2000 et modifiée à maintes reprises. Le décret du Conseil des ministres n° 752 relatif aux procédures d'autorisation et d'enregistrement des activités comprenant des sources de rayonnements ionisants définit les activités comprenant des sources de rayonnements ionisants qui ne sont pas soumises à autorisation ni enregistrement. Il est prévu d'adopter de nouveaux décrets pour remplacer le décret n° 752 ; certaines activités comprenant des sources de rayonnements ionisants devront être notifiées, mais elles ne seront pas soumises à autorisation ni enregistrement.

Il est expliqué, dans le rapport, que la recommandation de l'OIT n° 114 sur la protection contre les radiations (1960) a été prise en compte via la loi relative à la sécurité en matière de rayonnements et à la sûreté nucléaire et des décrets d'application correspondants. Les valeurs limites d'exposition sont fixées par le décret du Conseil des ministres n° 149 relatif à la réglementation de la protection contre les rayonnements ionisants. Elles varient selon les catégories de travailleurs. Le décret du Conseil des ministres n° 482 relatif à la réglementation de la protection contre les rayonnements ionisants utilisés en médecine prévoit la mise en œuvre de principes élémentaires de sécurité en matière de rayonnements et de sûreté nucléaire pour la protection des êtres humains contre les rayonnements ionisants utilisés en médecine. Le décret du Conseil de ministres n° 1284 définit les procédures à appliquer pour le contrôle et l'enregistrement de l'exposition des travailleurs. Les prescriptions figurant dans la recommandation n° 103 de la Commission internationale de protection radiologique (2007) ont été intégrées dans le droit interne, précisément dans les décrets n^{os} 149, 482 et 152.

Il est expliqué dans le rapport qu'en 2019, la Lettonie a organisé deux examens internationaux par les pairs afin d'évaluer les infrastructures de sécurité en matière de rayonnement. Une auto-évaluation complète et détaillée a été effectuée avant ces deux missions.

Il est indiqué dans le rapport qu'aucun site du territoire letton n'est contaminé par la radioactivité, à l'exception du réacteur de recherche de Salaspils, qui est fermé et dont le déclassement est programmé et doit intervenir d'ici à 2030.

Le Comité note qu'aucune information concernant la liste des bâtiments et matériaux contaminés à l'amiante n'est fournie.

Champ d'application personnel des règlements

Travailleurs temporaires

Le Comité a précédemment noté que le gouvernement n'avait pas fourni d'informations sur la protection des travailleurs sous contrat à durée déterminée, des travailleurs intérimaires et des travailleurs temporaires (Conclusions 2017).

Le rapport indique que tous les employeurs sont tenus de respecter la loi relative à la protection des travailleurs ainsi que d'autres actes juridiques régissant les relations de travail. Les travailleurs sous contrat à durée déterminée bénéficient de la même protection que les travailleurs sous contrat à durée indéterminée, ce qui inclut la protection apportée par la réglementation relative à la sécurité et à la santé au travail ainsi qu'à la formation. Les mêmes conditions s'appliquent aux travailleurs intérimaires, qui doivent obligatoirement passer une visite médicale. Le rapport indique également que l'employeur est tenu d'effectuer le contrôle interne de l'environnement de travail et des risques qui en découlent, notamment les risques chimiques, biologiques, physiques et psychosociaux. Le rapport fournit un modèle à utiliser pour déterminer et évaluer les facteurs de risque liés à l'environnement de travail. Dans ce modèle, le stress lié au travail, les agressions et la violence figurent sous la rubrique relative aux facteurs psychosociaux et aux risques éventuels, et il est précisé que les règles s'appliquent à toutes les relations de travail. Le rapport précise que l'évaluation des risques doit être effectuée ou actualisée au moins une fois par an dans toutes les entreprises et qu'elle doit couvrir tous les types de risques qui sont identifiés. Des représentants officiels des salariés peuvent être élus dans toute entreprise de cinq salariés ou plus.

Autres catégories de travailleurs

Le Comité a précédemment noté que le gouvernement n'avait pas fourni d'informations sur la protection des travailleurs indépendants et des employés de maison (Conclusions 2017).

Le rapport indique que les récentes modifications apportées à la loi relative à la protection des travailleurs garantissent aux travailleurs indépendants et aux télétravailleurs une meilleure application des exigences en matière de sécurité et de santé au travail. Une définition légale du télétravail a été mise en place et les télétravailleurs doivent coopérer avec l'employeur dans le cadre de l'évaluation des risques liés à leur environnement de travail. Les travailleurs indépendants ont l'obligation de veiller à leur sécurité et à leur santé au travail. Si un accident se produit au cours d'un contrat conclu avec le destinataire d'un service, ce dernier doit en analyser les causes et prendre les précautions nécessaires pour que ce type d'accident ne se reproduise pas.

Le Comité déplore de nouveau qu'il incombe au télétravailleur et non à l'employeur d'évaluer les risques liés à son environnement de travail et demande au gouvernement de communiquer ses observations à ce sujet.

Le Comité note que le rapport ne dit rien concernant les employés de maison et 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 Lettonie soit conforme à l'article 3§2 de la Charte sur ce point.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Dans ses conclusions précédentes, le Comité a demandé des informations plus détaillées sur la manière dont les organisations patronales et syndicales sont consultées lors de l'élaboration de la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail (Conclusions 2017).

Le rapport indique que les organisations des partenaires sociaux telles que La Confédération des syndicats libres de Lettonie et la Confédération des employeurs de Lettonie sont associées à la rédaction des actes juridiques concernant les questions d'hygiène et de sécurité professionnelles. Ces organisations doivent donner leur avis avant que le Conseil des ministres n'approuve une nouvelle réglementation ou n'apporte des

modifications à la réglementation existante. Si elles sont opposées à ces changements ou souhaitent faire des propositions, le ministère de la Protection sociale doit organiser une réunion ou mettre en place une procédure électronique afin de parvenir à une position commune. Si la réglementation en projet est plus complexe, les réunions sont organisées et l'avis des partenaires sociaux est demandé dès le début du processus de rédaction du texte. Si la réglementation concerne un secteur particulier ou porte sur des questions particulières, d'autres organisations peuvent être mises à contribution, si elles le souhaitent. Ainsi la Chambre de commerce et d'industrie lettone a-t-elle, à maintes occasions, participé à ce processus et donné son avis sur des réglementations avant leur adoption.

Conclusion

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

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 Lettonie.

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a jugé la situation de la Lettonie non conforme à l'article 3§3 de la Charte (Conclusions 2017).

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

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

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le Comité a précédemment examiné la situation concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles (Conclusions 2017). Il a estimé que la situation en Lettonie n'était pas conforme à la Charte au motif que les mesures prises pour faire diminuer le nombre d'accidents de travail mortels n'étaient pas suffisantes. Concernant les accidents du travail, le Comité a demandé des informations sur les causes les plus fréquentes d'accidents du travail et les mesures préventives et répressives mises en œuvre pour leur prévention. De plus, constatant le niveau trop élevé du taux d'incidence standardisé des accidents mortels et le niveau très bas du taux d'incidence des accidents du travail par rapport à la situation dans d'autres États Parties à la Charte, le Comité a demandé des informations sur les mesures prises pour faire diminuer le nombre d'accidents mortels. Il a également demandé des informations sur les éventuelles sanctions applicables aux employeurs ne respectant pas leur obligation de déclaration. Dans sa question ciblée posée au titre de l'article 3§3 relative aux accidents du travail et aux 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 répond que le nombre total d'accidents du travail s'est élevé à 1,727 en 2015, 2,198 en 2018 et 2,272 en 2019. Le taux d'accidents par 100,000 salariés était de 222 en 2015, 273 en 2018 et 282 en 2019. Le nombre d'accidents de travail mortels était de 26 en 2015, 30 en 2018 et 29 en 2019. Le taux d'accidents de travail mortels par 100,000 salariés

était de 3.3 en 2015, 3.7 en 2018 et 3.6 en 2019. Le rapport explique que par rapport à 2018, le total des accidents du travail a augmenté de 3.4 % en 2019, mais que le nombre de décès a diminué de 3.3 %.

Les données EUROSTAT confirment la tendance dans le nombre d'accidents du travail (de 1,709 en 2015 à 2,168 en 2018) et dans le taux d'incidence standardisé de ces accidents (218.33 en 2015 et 236.47 en 2018) par rapport au taux d'incidence standardisé dans l'UE-28 (1643.05 en 2015 et 1639.89 en 2018). Les données EUROSTAT confirment également la tendance du point de vue du nombre d'accidents de travail mortels (26 en 2015 à 30 en 2018) et du taux d'incidence standardisé de tels accidents (4.14 en 2015 et 4.69 en 2018). D'après les données EUROSTAT, le taux moyen dans l'UE-28 pour les accidents de travail mortels était de 2.39 en 2015 et de 2.08 en 2018.

Le rapport indique qu'en 2019, la plupart des accidents du travail ont résulté d'imprudences humaines (69.1 %) ; l'organisation du travail et les carences qui en découlent ont induit 10.1 % des accidents du travail ; les mauvaises conditions de travail (absence d'équipements de sécurité, utilisation de matériel et d'outils endommagés, manque d'ordre sur le lieu de travail, etc.) auraient causé 5.8 % des accidents du travail. Cette tendance dans les causes des accidents du travail semble être la même qu'en 2018. Il ressort également du rapport que la plupart des accidents du travail causés par des imprudences humaines étaient dus au non-respect des règles ou instructions de sécurité, à l'inattention et au recours à des méthodes de travail interdites ou inappropriées.

Le rapport indique qu'afin de prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles, la plupart des mesures du Plan stratégique d'action 2011-2013 ont été mises en œuvre. Dans ce cadre les entreprises des secteurs dangereux ont bénéficié d'une évaluation gratuite des risques de l'environnement de travail. Des mesures ont été prises pour sensibiliser le public à la sécurité et à la santé au travail. L'Inspection a organisé des contrôles thématiques préventifs tous les ans depuis 2015.

Le Comité prend acte des mesures prises pour la prévention des accidents du travail. Il note premièrement que le taux d'incidence des accidents du travail est très faible, comparé à la situation d'autres États Parties (en 2018, l'incidence moyenne dans l'UE-28 était de 1518.78, contre 236.47 en Lettonie). Il note également l'augmentation du nombre d'accidents du travail, de 1,727 en 2015 à 2,272 en 2019. De plus, alors que le rapport indique une diminution du nombre de décès liés aux accidents du travail en 2019, le Comité considère que le taux d'incidence standardisé pour les accidents du travail mortels en Lettonie reste nettement plus élevé que la moyenne de l'UE-28 (voir les Conclusions 2017) (2.08 dans l'UE-28, 3.7 en Lettonie en 2018 – 4.69 d'après les données EUROSTAT).

Le Comité demande des informations sur les mesures ciblées visant à prévenir les accidents du travail, élaborées sur mesure selon les secteurs et les causes les plus fréquentes d'accidents, telles qu'indiquées dans le rapport national. Le Comité souhaite également que le prochain rapport fournisse des informations détaillées sur les causes des accidents mortels et sur les mesures spécifiques prises ou envisagées pour prévenir ou faire diminuer les décès liés aux accidents du travail.

S'agissant des maladies professionnelles, le Comité avait demandé des informations sur leur définition ; 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, ainsi que les mesures prises et/ou envisagées pour remédier à la sous-déclaration et à la reconnaissance insuffisante des maladies professionnelles ; celles qui ont été le plus fréquemment signalées pendant la période de référence, ainsi que les mesures prises ou envisagées pour leur prévention.

Le rapport répond que d'après la Loi sur l'assurance sociale obligatoire les maladies professionnelles sont les maladies typiques de certaines catégories de salariés, causées par les facteurs matériels, chimiques, hygiéniques, biologiques ou psychologiques de leur environnement de travail. Une annexe au Règlement de 2006 sur les « Procédures d'enquête et d'enregistrement des maladies professionnelles » en fournit une liste. Ce même règlement précise qu'une maladie professionnelle est confirmée par le médecin du travail ; l'intéressé est orienté vers une commission médicale des maladies professionnelles mise en place par un établissement de soins médicaux. La décision finale sur le diagnostic des maladies professionnelles est prise par la commission médicale.

Le nombre de patients examinés pour la première fois au motif d'une maladie professionnelle a augmenté en 2019 (passant de 1,364 en 2016 à 1,421 en 2017, 1,698 en 2018 et 1,739 en 2019) et le taux d'incidence par 100,000 salariés confirme cette tendance (175 en 2016, 182 en 2017, 211 en 2018 et 216 en 2019). En 2019, tout comme en 2018, la plupart des patients consultant pour la première fois pour une maladie professionnelle ont été relevés dans les industries manufacturières (21.2 %), le transport et le stockage (20 %), et la santé et la protection sociale (12.5 %).

Suite à la mise en œuvre de la Stratégie 2016-2020 de Développement de la protection au travail et des Plans d'action stratégiques 2016-2018 et 2019-2020, la prise de conscience des questions touchant à la santé au travail s'est nettement améliorée dans le public. Le rapport se réfère aux mesures susmentionnées de lutte contre les accidents du travail et ajoute qu'afin d'assurer un diagnostic précoce des maladies professionnelles, deux conférences sont organisées chaque année à l'intention des médecins du travail pour diffuser des informations approfondies et spécifiques sur l'actualité de ces maladies. Des documents spécifiques ont été élaborés à l'intention des médecins de famille et d'autres professionnels de la santé, avec des informations sur l'actualité des problèmes de santé, notamment sous l'angle de la prévention, des diagnostics précoces et des traitements des maladies professionnelles. Un soutien pratique dans l'évaluation des risques de l'environnement de travail, la formation des salariés et le recours aux mesures des laboratoires a été mis en place pour les petites et moyennes entreprises des secteurs à haut risque.

Malgré les mesures prises, le Comité constate une forte augmentation (plus du double) du taux d'incidence des maladies professionnelles entre 2012 (102.3) et 2019 (216). Le Comité réitère par conséquent son constat de non-conformité.

Activités de l'Inspection du travail

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.

Le rapport indique que l'Inspection nationale du travail se compose d'une Unité de gestion de la coopération et du développement, d'une Unité du droit du travail, d'une Unité de la protection des travailleurs, d'une Unité administrative et financière et de cinq Inspections régionales du travail. En 2019, l'Inspection comptait 190 agents (190 en 2018, 189 en 2017, 184 en 2016) et un total de 123 inspecteurs. Les fonds du budget de l'Etat consacrés aux dépenses de l'Inspection s'élevaient à 2,719,759 € en 2016, 3,384,457 € en 2017, 3,976,502 € en 2018 et 4,363, 581 € en 2019.

Les inspecteurs de l'Inspection nationale du travail sont habilités à inspecter tous les lieux de travail du point de vue des relations de travail et la sécurité et la santé au travail dans tous les secteurs de l'économie, y compris l'agriculture, la sylviculture, la pêche et le secteur

public. Les locaux d'habitation privés sont également visés, mais les inspecteurs ne peuvent entrer dans des locaux privés sans l'autorisation du propriétaire. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse davantage d'informations sur les dispositions prises pour assurer le contrôle des règles sanitaires et de sécurité dans les locaux d'habitation.

125,323 entreprises étaient soumises au contrôle de l'Inspection en 2019 (123,911 en 2018, 127,111 en 2017, 123,378 en 2016). Le nombre de salariés relevant des contrôles de l'Inspection étaient 804,500 en 2019, 804,600 en 2018, 781,600 en 2017 et 778,200 en 2016. Le nombre moyen d'inspecteurs par salarié est supérieur à la moyenne de l'UE (un inspecteur par 10,000 salariés). D'après le rapport, l'Inspection réalise annuellement environ 10,000 inspections et visite environ 7,000 entreprises (environ 5.7 % des entreprises ont été couvertes par les inspections en 2019).

S'agissant des infractions constatées et des sanctions infligées, le rapport indique que l'Inspection nationale du travail a envoyé 1,776 injonctions aux employeurs en 2019, en les sommant de remédier aux infractions constatées dans un délai spécifié. Au total, 1,766 amendes administratives ont été infligées par l'Inspection en 2019 (1,540 en 2018 et 1,823 en 2017). Suite à des violations constituant un risque direct pour la vie et la santé des salariés, les agents de l'Inspection nationale du travail ont envoyé en 2019 10 injonctions et 55 avertissements de suspension de personnes ou d'équipements. Plus de la moitié de toutes les injonctions, décisions et avertissements de suspension d'activité de personnes ou d'équipements ont visé des chantiers de construction. Le plus souvent, les activités ont été arrêtées ou un avertissement a été lancé pour sécurité insuffisante du travail en hauteur. 19 procédures pénales ont été engagées suite à des accidents du travail en 2019 (23 en 2018, 19 en 2017, 13 en 2016).

Afin d'améliorer la mise en œuvre des mesures de santé et de sécurité au travail dans les petites et moyennes entreprises, le soutien pratique dans l'évaluation des risques dans l'environnement de travail, la formation des salariés et l'exploitation des mesures de laboratoire, le projet du Fonds social européen « Application pratique de la réglementation sur les relations de travail et la sécurité au travail » a été mené par l'Inspection nationale du travail. De plus, 19 modules relatifs à l'outil interactif d'évaluation en ligne des risques sont mis à la disposition des petites et moyennes entreprises, qui les apprécient.

Le Comité souhaite trouver dans le prochain rapport des informations actualisées et détaillées sur :

- le nombre d'inspecteurs du travail qui s'occupent spécifiquement de la santé et de la sécurité au travail ;
- le nombre de salariés effectivement couverts par les inspections chaque année ;
- le volet spécifique des inspections dans les petites et moyennes entreprises.

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

Covid-19

Le rapport indique que l'état d'urgence a été décrété du 12 mars au 9 juin 2020 dans un effort pour contenir la propagation de la Covid-19. Suite aux amendements apportés à l'arrêté n° 103 du Cabinet des ministres décrétant l'état d'urgence, le Centre des installations et des marchés publics de la Défense nationale (qui dépend du ministère de la Défense) a repris, en coopération avec les Forces armées, la gestion de crise des équipements de protection individuelle et des réserves de désinfectants, centralisant ainsi la fourniture du matériel spécifié dans les listes et assurant le stockage et la liquidation des marchandises achetées. Jusqu'au 25 octobre 2020, ces efforts pour atténuer et surmonter les conséquences de la Covid-19 ont coûté un total de 34,259,043,19 €, dépensés à partir du budget de l'État pour l'achat de masques, de respirateurs, d'écrans faciaux, de vêtements médicaux, de gants, de désinfectants et d'autres produits. S'agissant de la protection des travailleurs en première ligne, les règles générales de sécurité sur la

formation et l'information des travailleurs ont été appliquées, en plus de la fourniture d'équipements de protection.

Une attention particulière a été apportée aux orientations aux employeurs et aux formations et aux instructions aux salariés, et des documents et vidéos spécifiques ont été élaborés pour les différents secteurs pour préciser les règles de sécurité et la bonne mise en œuvre des équipements de protection individuelle. L'Inspection nationale du travail a intensifié les consultations avec les employeurs et les salariés concernant l'évaluation des risques et les mesures préventives contre la Covid-19. Un autre état d'urgence a été décrété le 9 novembre 2020 et l'arrêté n° 655 du Cabinet des ministres « décrétant l'état d'urgence » (adopté le 6 novembre 2020) a défini les mesures de sécurité épidémiologique et autres visant à contenir la pandémie de Covid-19.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Lettonie n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que des mesures visant à faire diminuer le nombre d'accidents mortels et de maladies professionnelles soient suffisantes.

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

Paragraphe 4 - Services de santé au travail

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

Le Comité rappelle qu'aux fins du présent rapport, il a été demandé aux États de répondre aux questions ciblées, ainsi qu'aux précédents constats de non-conformité et aux décisions d'ajournement, le cas échéant (voir l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, dans laquelle le Comité a demandé un rapport sur l'application des dispositions de la Charte relevant du groupe thématique « Santé, sécurité sociale et protection sociale »). Cela étant, aucune question ciblée n'a été posée au titre de l'article 3§4 de la Charte.

Le Comité a examiné précédemment le cadre des services de santé au travail en Lettonie et a ajourné ses conclusions (Conclusions 2017). Il limitera donc son analyse aux réponses données par le gouvernement à la précédente conclusion d'ajournement.

Dans le rapport précédent, le Comité a considéré que compte tenu du caractère général des informations fournies concernant en particulier la portée de l'obligation pour les entreprises de faire appel à des experts et bureaux compétents dans le domaine de la protection des travailleurs et les conditions minimales exigées des services externes de santé et sécurité au travail, le Comité n'était pas en mesure d'examiner la conformité du cadre des services de santé au travail en Lettonie au regard de l'article 3§4 de la Charte. Il a donc ajourné ses conclusions et a demandé que le prochain rapport fournisse des informations détaillées sur les services que doivent fournir au minimum les organismes externes de santé et sécurité au travail et sur le cadre entourant les services de santé au travail (législation, organisation, programmes, stratégies, plans d'action) et le nombre ou le pourcentage de travailleurs pris en charge par des services de médecine du travail.

Le rapport indique en réponse qu'en vertu de l'article 5 de la loi relative à la protection des travailleurs, l'obligation faite à l'employeur d'organiser la protection des travailleurs comprend le contrôle et l'évaluation internes des risques liés à l'environnement de travail, ainsi que la mise en place dans l'organisation d'une structure de protection des travailleurs et de consultation de ces derniers, dont l'objectif est de les associer à l'amélioration de leur protection. Ces obligations concernent toutes les entreprises, y compris les établissements publics. En vertu de l'article 9 de cette loi, l'employeur a la possibilité, pour remplir les obligations qui lui incombent en matière de protection des travailleurs, soit de recruter un spécialiste de la protection des travailleurs, soit de faire appel à un service externe, à un spécialiste compétent ou à une autorité compétente. Cela étant, dans le cas où l'entreprise relève d'un secteur d'activités dangereuses, elle est tenue de s'adjoindre les services d'une autorité compétente, à moins que le nombre de salariés ne soit inférieur à cinq ou qu'un système de protection des travailleurs n'ait été mis en place et que la supervision de l'environnement de travail et l'évaluation des risques dans l'entreprise ne soient effectuées par un spécialiste de la protection des travailleurs ayant suivi une formation spéciale dans ce domaine. Les services minimums devant être fournis par l'autorité compétente comprennent l'évaluation des risques environnementaux au travail, le contrôle de la conformité de l'activité avec la législation et la réglementation, ainsi que l'élaboration d'un plan de mesures pour la protection des travailleurs.

D'après le rapport, le règlement n° 723 adopté en 2008 par le Conseil des ministres précise les qualifications nécessaires et autres exigences applicables aux spécialistes et aux autorités concernés : en particulier, les spécialistes compétents doivent obtenir tous les cinq ans un certificat de spécialisation dans le domaine de la santé et sécurité au travail et leurs connaissances de ce domaine doivent être du plus haut niveau. L'autorité compétente doit employer au moins un spécialiste de la protection des travailleurs et un médecin spécialisé dans les maladies professionnelles ou la santé au travail. Si l'autorité remplit toutes les conditions requises, le ministère des Affaires sociales lui accorde le statut d'« autorité

compétente ». Il ressort des chiffres fournis par les autorités qu'en 2017 et 2018, 14,3 % des employeurs ont conclu un contrat avec un spécialiste compétent et 11 % avec une autorité compétente en vue de l'exploitation du système de protection des travailleurs dans l'entreprise.

Le rapport souligne en outre qu'il faudrait prendre des mesures pour améliorer le niveau de connaissances et de compétence des spécialistes de la protection des travailleurs, qu'ils soient salariés de l'entreprise ou sous-traitants de celle-ci. C'est pourquoi, en 2019, dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie pour le développement du secteur de la protection des travailleurs 2016-2020, un grand nombre de séminaires sur la protection des travailleurs (notamment sur les risques chimiques dans différents secteurs d'activité, la sécurité électrique, les équipements dangereux, les environnements de travail à risque d'explosion, etc.) ont été organisés à Riga et dans les régions, et des documents d'information ont été élaborés concernant l'investigation des accidents du travail, l'attitude à adopter en cas d'urgence et la protection contre les substances cancérigènes.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations :

- sur le nombre de travailleurs suivis par des services de santé au travail dans l'ensemble des entreprises de Lettonie, notamment des données chiffrées concernant le nombre de travailleurs suivis par des spécialistes de la protection des travailleurs en entreprise et le nombre de travailleurs suivis par des autorités/spécialistes compétents ainsi que le pourcentage de salariés ayant accès à des services de santé au travail ;
- sur ce qui est fait pour que les travailleurs temporaires, intérimaires et indépendants, ainsi que les employés de maison puissent avoir accès aux services de santé au travail, et sur les mesures prises pour veiller à ce que les employeurs des petites et moyennes entreprises respectent la législation ;
- sur la progression éventuelle du nombre de travailleurs suivis par ces services par rapport à la période de référence précédente ;
- sur le nombre total de médecins du travail pour l'ensemble des travailleurs.

Le Comité demande aussi des informations plus détaillées sur les processus de consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs dans le cadre de la promotion de l'institution progressive des services de santé au travail. Il demande également des informations sur d'éventuelles perspectives de ratification par la Lettonie de la Convention de l'OIT n° 161 sur les services de santé au travail (1985).

Conclusion

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

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 Lettonie. Le Comité prend également note des informations contenues dans les commentaires soumis par le Défenseur des droits de Lettonie le 13 juillet 2021 et de la réponse du gouvernement à ces commentaires soumise le 31 août 2021.

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a conclu que la situation de la Lettonie n'était pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif que des mesures insuffisantes ont été prises pour garantir effectivement le droit d'accès aux soins de santé (Conclusions 2017). Par conséquent, l'appréciation du Comité ne portera que sur les informations fournies par les autorités en réponse au constat de non-conformité et aux questions ciblées .

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

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le rapport indique que d'après les données du Bureau central de la statistique, l'espérance de vie à la naissance a progressivement augmenté ces dernières années pour s'établir à 75,6 ans en 2019. En réponse à la question ciblée sur les données désagrégées sur l'espérance de vie à travers le pays, le rapport indique que l'espérance de vie variait selon les régions en 2019 ; par exemple, elle était de 76,5 ans dans la capitale et sa région limitrophe, de 75,5 ans dans la région Vidzeme, de 75,0 ans dans la région Sémigalie et de 73,1 ans, soit la valeur la plus basse, dans la région Latgalie. Le rapport précise également que les hommes vivent en général moins longtemps (70,8 ans) que les femmes (79,9 ans).

Le Comité relève, dans les données Eurostat, que la Lettonie enregistre l'espérance de vie la plus faible de l'Union européenne pour les hommes (70,1 ans en 2018). Il note que l'espérance de vie moyenne, hommes et femmes confondus, a augmenté depuis la période de référence précédente (75,6 ans en 2019 contre 74,6 en 2015). Le Comité relève toutefois que l'espérance de vie moyenne en Lettonie reste basse par rapport à d'autres pays européens, avec près de six ans de moins que la moyenne de l'Union européenne (81,3 ans pour l'Union à 27). Le Comité note qu'il existe un écart important entre les sexes, les femmes pouvant espérer vivre 10 ans de plus environ que les hommes, et que dans certaines régions comme la Latgalie, l'espérance de vie est très basse.

Le Comité note, dans le rapport « Lettonie : profils de santé par pays 2019 » (OCDE, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et la Commission européenne) qu'il y a des disparités d'espérance de vie non seulement selon les sexes, mais aussi selon les niveaux d'études. L'espérance de vie des hommes les moins instruits est de 11 ans inférieure à celle des hommes les plus instruits, tandis que pour les femmes, la différence est de huit ans. D'après ce même rapport, ces écarts s'expliquent, en grande partie, par une plus grande exposition des personnes les moins instruites à divers facteurs de risque : proportion de fumeurs plus importante, mauvaises habitudes alimentaires, etc. De plus, ces personnes ayant souvent des revenus plus faibles et des conditions de vie plus

précaires, il peut en résulter une plus grande exposition à d'autres facteurs de risque sociaux et environnementaux et une moindre accessibilité aux soins de santé. Selon les estimations, 51 % de l'ensemble des décès en Lettonie sont imputables à des facteurs de risques liés au comportement, tels que les mauvaises habitudes alimentaires, le tabagisme, la consommation d'alcool et le manque d'activité physique.

Le rapport ne fournit pas d'informations sur l'espérance de vie des différents groupes ethniques et minorités, les sans-abri ou les chômeurs de longue durée, ni sur la prévalence de maladies particulières parmi les groupes concernés. Le Comité réitère donc cette demande d'informations.

Le rapport indique que la mortalité infantile a diminué au cours de la période de référence, passant de 3,7 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2016 à 3,4 en 2019. Le Comité relève une tendance à la baisse de la mortalité infantile par rapport à la période de référence précédente (4,1 en 2015). De plus, les données statistiques figurant dans le rapport actuel montrent une légère diminution du nombre de maternités précoces : pour 1 000 femmes enceintes suivies par un médecin, le taux de maternité précoce était de 1 % en 2016 et de 0,9 % en 2019.

Le rapport indique que la mortalité maternelle a augmenté, passant de 23,0 pour 1 000 naissances vivantes – soit 5 décès en 2016, à 37,6 pour 1 000 naissances vivantes – soit 7 décès en 2019. Parallèlement, la mortalité maternelle non directement liée à la grossesse a diminué, puisqu'elle est passée de 23,0 pour 1 000 naissances vivantes en 2016 à 10,7 pour 1 000 naissances vivantes en 2019. Il est aussi indiqué dans le rapport qu'un système d'audit confidentiel a été mis en place en 2012 pour rechercher les causes des décès et formuler des recommandations à l'intention des établissements médicaux, des associations de professionnels de la médecine et des décideurs afin de prévenir les erreurs et les défauts de conformité identifiés.

Le rapport fournit des informations sur les services médicaux proposés aux femmes enceintes et aux femmes dans la période suivant l'accouchement. Le programme national « Plan d'amélioration de la santé maternelle et infantile 2018-2020 » a été adopté dans le but d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant et de réduire la mortalité maternelle et infantile. D'après les activités prévues dans ce programme, des modifications ont été apportées au règlement n° 611 du 25 juillet 2006 du Conseil des ministres « Procédures d'assistance dans le cadre des accouchements » afin de définir les besoins de suivi de la qualité des services de santé fournis pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et après la naissance de l'enfant. Parallèlement, depuis 2019, le dépistage des maladies congénitales génétiques des nouveau-nés a été étendu et comprend désormais la mucoviscidose, l'hyperplasie surrénalienne congénitale, la galactosémie et le déficit en biotinidase. Il est également prévu, dans le cadre de ce programme national, de donner aux femmes appartenant aux groupes de population les plus défavorisés un accès à la contraception financé par le budget de l'État.

Le Comité prend note des réformes engagées et des mesures prises pour réduire la mortalité maternelle et infantile. Il demande que le prochain rapport contienne des informations sur la mise en œuvre de ces mesures et leurs effets sur la baisse des taux de mortalité maternelle et infantile, ainsi que des données actualisées sur l'évolution des taux de mortalité et sur tout fait nouveau observé dans ce domaine.

Le Comité note cependant que, malgré les mesures prises, le taux de mortalité maternelle reste élevé (supérieur au taux d'autres pays européens). Le Comité considère que le taux de mortalité maternelle élevé, conjugué à la persistance d'une espérance de vie relativement faible, indique que la situation de la Lettonie ne s'inscrit pas dans la moyenne des autres pays européens et témoigne de certaines lacunes dans le système de santé. Il estime que les efforts déployés et les progrès accomplis dans ce domaine sont insuffisants et considère donc que la situation n'est pas conforme à la Charte au motif que les mesures prises pour réduire la mortalité maternelle sont insuffisantes.

Accès aux soins de santé

Dans une question ciblée, le Comité a demandé des informations sur les services de santé sexuelle et reproductive pour les femmes et les filles (y compris l'accès à l'avortement).

En réponse à la question ciblée du Comité sur l'accès aux services d'avortement, le rapport indique que l'avortement est légal et accessible sur demande pendant les 12 premières semaines de la grossesse, et jusqu'à 22 semaines pour des raisons médicales. La loi sur la santé sexuelle et reproductive prévoit également la possibilité d'avorter pendant les 12 premières semaines d'une grossesse résultant d'un viol ainsi que l'interruption de grossesse pour les patientes de moins de 16 ans.

Le Comité réitère sa demande d'informations sur les services de santé sexuelle et procréative pour les femmes et les filles. Le Comité demande des informations sur les mesures prises pour garantir l'accès des femmes et des jeunes filles à la contraception moderne. Il demande également des informations sur la part du coût des contraceptifs qui n'est pas prise en charge par l'État (dans les cas où le coût n'est pas entièrement remboursé par l'État).

Dans sa conclusion précédente, le Comité a constaté que les mesures prises pour garantir effectivement le droit d'accès aux soins de santé, notamment s'agissant du sous-financement du système de santé, étaient insuffisantes (Conclusions 2017).

Le rapport actuel indique que pour réduire les dépenses restant à la charge des patients par rapport au total des dépenses de santé, différentes mesures ont été prises pendant la réforme du système de santé lancée en 2017 et poursuivie en 2018-2020. Le rapport précise que ladite réforme sera aussi poursuivie en 2021-2023 (hors période de référence) et qu'elle comprend des mesures dans les domaines suivants : fourniture de services de soins de santé, disponibilité d'un diagnostic et d'un traitement en temps utile des maladies cancéreuses, diminution de la prévalence des maladies infectieuses, amélioration de la qualité et de l'accessibilité du système de soins de santé primaires, diminution du taux de mortalité cardiovasculaire et fourniture d'un traitement, etc. Le rapport dresse également la liste des principales mesures qui seront prises en 2021 (hors période de référence). Il précise que, si les données sur la part des dépenses restant à la charge des patients dans l'ensemble des dépenses de santé en 2019 ne sont pas disponibles, les dépenses restant à la charge des patients devraient en principe diminuer avec la poursuite des réformes.

Le Comité demande à être informé de la mise en œuvre des réformes annoncées et de leur impact sur la diminution des dépenses restant à la charge des patients.

Le Comité note dans le rapport « Lettonie : profils de santé par pays 2019 » (OCDE, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et la Commission européenne) qu'en 2017, le parlement a adopté une loi en vue de la mise en place d'un système d'assurance maladie obligatoire, dans le but d'augmenter les recettes consacrées au secteur de la santé. Dans ce nouveau système, le droit à un panier de soins complet serait lié au versement de cotisations sociales et d'assurance maladie. Cela étant, la réforme du financement du secteur de la santé a été reportée à 2021 au motif que le système à deux paniers prévu à l'origine limiterait l'accès d'une grande partie de la population aux services de soins de santé.

Le Comité note également les données suivantes figurant dans le rapport « Lettonie : profils de santé par pays 2019 » (OCDE, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et la Commission européenne) : la part du PIB consacrée à la santé était de 6,0 % en 2017 (nettement inférieure à la moyenne des pays de l'Union européenne, à 9,8 %) et les dépenses de santé restant à la charge des patients représentaient 41,8 % du total des dépenses de santé en 2017 (contre 15,8 % pour la moyenne de l'UE). Ce même rapport indique que si la plupart des dépenses hospitalières sont subventionnées par l'État, la

couverture publique des soins médicaux, médicaments, dispositifs médicaux et soins dentaires proposés en ambulatoire est bien plus limitée que dans les autres pays de l'Union européenne. Les patients doivent donc payer une part importante des coûts des services de santé, notamment des consultations de médecins spécialistes, des séjours à l'hôpital et des médicaments délivrés uniquement sur ordonnance. D'après ce même rapport, l'accès aux soins de santé en Lettonie reste limité pour une partie assez importante de la population, un grand nombre des personnes aux revenus modestes signalant que certains de leurs besoins ne sont pas satisfaits en raison de contraintes financières. La répartition géographique inégale des professionnels de santé constitue par ailleurs un obstacle important à l'accès aux soins de santé.

Le Comité note également que, dans ses commentaires, le Défenseur des droits a mis en évidence un certain nombre de lacunes en matière de prestation de services de soins de santé qui sont causées par la rémunération insuffisante du personnel médical et le manque de ressources humaines et de financement.

Notant que les dépenses publiques pour les soins de santé restent faibles tandis que le niveau des dépenses à la charge des patients demeure apparemment parmi les plus élevés d'Europe, le Comité considère que des mesures insuffisantes ont été prises pour garantir effectivement le droit d'accès aux soins de santé et maintient par conséquent sa conclusion de non-conformité. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des données actualisées sur la part des dépenses de santé publique dans le PIB.

En réponse à une précédente question concernant les critères d'attente et les méthodes de gestion (Conclusions 2017), le rapport fournit des informations détaillées sur les délais d'attente maximaux et sur la procédure de création des listes d'attente. Il est aussi indiqué, dans le rapport, qu'en 2020, les délais d'attente et le nombre de patients dans les files d'attente des établissements de santé ont augmenté en raison de la réduction des services médicaux liée à la propagation de la covid-19 et à la mise en place de mesures de sécurité épidémiologique. La disponibilité des services est aussi limitée par le fait qu'une partie du personnel médical est malade. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations indiquant dans quelle mesure les délais d'attente pour le traitement des patients atteints de maladies chroniques comme le cancer, les pathologies cardiaques ou le diabète, etc., ont été impactés par la crise de la covid-19, ainsi que des informations sur la manière dont évoluent les délais d'attente.

Dans ses commentaires, le Défenseur des droits déclare que même si la situation s'est améliorée en termes de disponibilité en temps voulu des services de santé, par rapport à la période de référence précédente, une grande partie des patients doit encore payer pour certains services de santé programmés (examens, chirurgies) normalement financés par le budget de l'État en raison des longues périodes d'attente. Par exemple, il faut attendre même 122 jours pour consulter un endocrinologue ; de 67 à 320 jours pour faire un neurogramme, et la pédopsychiatrie (hospitalisée) n'est pas non plus disponible en temps opportun.

En ce qui concerne les patients qui doivent encore payer pour certains services de soins de santé programmés (examens, chirurgies, etc.) normalement financés par le budget de l'État en raison de longues périodes d'attente, le ministère de la Santé de la République de Lettonie souligne qu'il existe différents groupes (patients atteints de maladies oncologiques, femmes enceintes, groupes de patients souffrant d'un handicap prévisible, etc.) qui peuvent recevoir des services de santé financés par l'État dans un court laps de temps, comme le stipule la loi (Le règlement du Cabinet des ministres n° 555 du 28 août 2018 « Procédure d'organisation des services de santé et procédure de paiement ») . Il existe des situations (principalement dans les zones où il y a pénurie de spécialistes) où le délai d'attente est supérieur à 3 mois, cependant le délai d'attente pour obtenir une consultation de chirurgien, gynécologue, pédiatre est généralement inférieur à 2 semaines. Il existe certains domaines (par exemple, la chirurgie de la hanche et de la cataracte) où un

financement public supplémentaire a permis de réduire les temps d'attente, mais dans certains domaines comme la pédopsychiatrie, le manque de spécialistes est le principal facteur de pénurie de services de santé et de long temps d'attente également. Le Comité demande des informations sur les mesures prises pour réduire les délais d'attente et des informations actualisées sur l'évolution des délais d'attente.

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

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

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

Le Comité a demandé, sous forme de question ciblée, des informations sur les mesures permettant de garantir un consentement éclairé aux interventions médicales ou aux traitements médicaux (au regard de l'article 11§2). Le rapport indique que les dispositions relatives au consentement éclairé aux interventions médicales ou aux traitements médicaux figurent dans la loi sur les droits des patients, qui dispose qu'un traitement médical est autorisé si le patient a donné son accord. Le patient a le droit de poser des questions et d'obtenir des réponses avant de donner son consentement. Le consentement éclairé est établi par écrit si le patient ou le médecin traitant le demandent.

La loi sur les droits des patients dispose également qu'un patient (ou une personne représentant le patient ou son représentant légal) a le droit de refuser un traitement médical ou de le suspendre (avant ou pendant le traitement), et de recevoir des informations sur les conséquences possibles de sa décision. Si le patient n'a pas désigné un tiers de confiance pour consentir à un traitement ou le refuser en son nom, ou si le patient n'a pas de conjoint, de parent proche ou de représentant légal, ou si le patient a interdit par écrit à son conjoint ou à son parent proche de décider du traitement médical en son nom, le conseil médical détermine le traitement le mieux adapté à la santé du patient.

En vertu de la loi sur les droits des patients, le traitement médical d'un patient mineur (moins de 14 ans) est autorisé si son représentant légal est informé et y a consenti. Le patient mineur a le droit d'être entendu et, en fonction de son âge et de sa maturité, de participer à la décision concernant son traitement. Un patient mineur (plus de 14 ans) peut recevoir un

traitement médical moyennant son consentement, à moins qu'un retard ne mette sa vie en danger et qu'il soit impossible d'obtenir son consentement ou celui de son représentant légal. Si un patient mineur (14 ans ou plus) refuse de consentir à un traitement médical, mais que le médecin est d'avis qu'un traitement médical est dans l'intérêt du patient mineur, le représentant légal de celui-ci peut consentir au traitement.

Covid-19

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

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

En ce qui concerne la capacité du système de santé à prendre en charge les malades, le rapport indique que le Plan national en matière de médecine de catastrophe et le Plan national de protection civile ont été approuvés. Ils contiennent des informations sur les mesures à prendre en cas d'infections dangereuses. Le Plan national en matière de médecine de catastrophe comprend également une annexe sur les ressources mobilisables (ressources humaines et dispositifs médicaux notamment) dans les établissements médicaux qui assurent l'assistance médicale d'urgence 24 heures sur 24. Les informations concernant les ressources mobilisables dans ces hôpitaux ont été et sont toujours régulièrement mises à jour. Le ministère de la Santé a élaboré un rapport d'information sur le renforcement des capacités et l'amélioration de la viabilité du secteur de la santé dans le contexte de la covid-19.

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 également 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 Lettonie n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte aux motifs que :

- les mesures prises pour réduire la mortalité maternelle sont insuffisantes ;

- des mesures insuffisantes sont prises pour garantir efficacement le droit à l'accès aux soins de santé.

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 Lettonie.

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 Lettonie était conforme à l'article 11§2 de la Charte (Conclusions 2017).

Éducation et sensibilisation de la population

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

Le rapport indique que le Centre de prévention et de contrôle des maladies s'emploie, avec le soutien des autorités locales, à améliorer la disponibilité des services de promotion de la santé et de prévention des maladies (organisation de conférences à visée éducative pour les enseignants, dans tous les domaines de la promotion de la santé – y compris une alimentation saine, la santé mentale, sexuelle et reproductive, et les effets nocifs des substances addictives sur le développement et la santé de l'enfant ; mesures à visée éducative pour les femmes sur les questions de santé reproductive ; organisation de conférences pour les jeunes et les futurs parents ; expositions sur la santé sexuelle et reproductive) pour tous les habitants du pays, en particulier ceux qui sont en situation de pauvreté et d'exclusion sociale ou qui risquent de l'être.

De plus, le Centre de prévention et de contrôle des maladies informe les femmes enceintes sur les problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive afin de réduire au maximum les risques inhérents à la grossesse, à l'accouchement et à la période de postpartum. Il maintient à jour un site internet qui affiche tous les renseignements importants concernant la grossesse.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur l'éducation à la santé et les stratégies de prévention associées (notamment par le 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.

En ce qui concerne l'éducation à la santé à l'école, le rapport indique que le Règlement n° 747 du 27 novembre 2018 concernant les Normes nationales de l'enseignement primaire et exemples de programmes d'enseignement de base, ainsi que le Règlement n° 416 du 3 septembre 2019 concernant les Normes nationales de l'enseignement secondaire général et exemples de programmes d'enseignement secondaire général ont été adoptés par le Conseil des ministres pour mettre en place une nouvelle approche fondée sur les compétences dans les programmes d'enseignement. Conformément à ces règlements, les questions relatives à l'éducation en matière de santé (y compris la protection de la santé) font partie intégrante des programmes d'enseignement général.

Le rapport informe, en particulier, que l'éducation à la santé dans les établissements d'enseignement primaire et secondaire s'intègre à l'enseignement dans plusieurs matières, notamment la biologie, les sciences sociales, les sciences naturelles, les heures de vie de classe, le sport, etc. Depuis 2015, l' « Éducation à la santé », qui fait partie du module « Société et sécurité de la personne » élaboré en 2012 et mis à jour en 2020, est obligatoire dans tous les programmes d'enseignement professionnel en formation initiale ou continue. Le Comité note que cette matière inclut l'éducation reproductive.

En coopération avec le ministère de la Santé, le Centre de prévention et de contrôle des maladies a créé différents outils (films, recommandations méthodologiques, etc.) afin d'accompagner les enseignants dans leur travail d'éducation à la santé, notamment sur les questions de santé reproductive, de développement sexuel, de capacité à nouer des relations et de responsabilité en matière de santé reproductive.

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

Consultations et dépistage des maladies

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la situation de la Lettonie était conforme à l'article 11§2 en ce qui concerne les services de consultation et de dépistage disponibles pour les femmes enceintes et les enfants (Conclusions 2017). Il demande à nouveau confirmation si des contrôles médicaux gratuits sont effectués pendant toute la durée de la scolarité.

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 Lettonie. Il prend également note des commentaires fournies par l'Ombudsman de la République de Lettonie.

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 Lettonie 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 indique que chaque prison est dotée d'une unité médicale qui prodigue des soins de santé primaires et que le système pénitentiaire est desservi par un hôpital fournissant des soins secondaires et spécialisés de même niveau que ceux assurés en milieu ouvert. Lorsqu'une procédure médicale donnée ne peut être mise en œuvre au sein du système pénitentiaire, l'individu concerné est transféré dans un établissement public adapté. Le rapport contient également des informations sur l'organisation des soins de santé en milieu carcéral, les effectifs du personnel et les dispositions relatives aux examens médicaux pratiqués à l'arrivée, ainsi que sur les soins de santé mentale.

Services de santé mentale de proximité

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

Le rapport fournit des informations limitées concernant l'adoption du "Plan pour l'amélioration des soins de santé mentale 2019-2020", un document de planification politique visant à améliorer l'accès aux soins de santé mentale, ainsi que concernant certaines mesures conçues pour sensibiliser aux questions de santé mentale et réduire la stigmatisation autour de la maladie mentale. Le Comité demande des informations actualisées sur la mise en œuvre et l'impact du Plan 2019-2020.

Dans ses commentaires sur le rapport national, le médiateur a souligné certaines questions préoccupantes concernant les services de santé mentale offerts aux jeunes. Le médiateur a notamment relevé le manque de psychiatres et d'autres spécialistes dans certaines régions du pays, ainsi que le fait que les services assurés par les deux Centres de soutien aux adolescents, qui proposent une prise en charge ambulatoire aux jeunes âgés de 11 à 18 ans souffrant de toxicomanie ou d'autres troubles addictifs, étaient insuffisants pour répondre à la demande. Le médiateur a aussi évoqué certains problèmes systémiques constatés pendant des visites dans les hôpitaux psychiatriques pour enfants, notamment le manque de services de réadaptation sociale et de pédopsychiatres, et la surmédication. Le pays n'a pas répondu sur ces points. Le Comité demande à recevoir des informations sur les mesures prises pour garantir aux enfants et aux adolescents un accès adéquat aux soins de santé mentale.

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

Le Comité note que le rapport n'aborde pratiquement pas les points soulevés dans les questions ciblées, à savoir l'existence et l'étendue des services de soins psychiatriques de proximité et les mesures adoptées pour fermer les hôpitaux psychiatriques de long séjour ou en réduire le nombre. 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 Lettonie est conforme à l'article 11§3 de la Charte.

Prévention de la toxicomanie et réduction des risques

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

informations insuffisantes, inexactes ou trompeuses (c'est-à-dire, qui ne sont pas fondées sur l'état actuel des connaissances scientifiques).

Le rapport indique qu'il y a eu deux décès liés aux drogues en 2017, mais que ce chiffre est probablement en dessous de la réalité. Il contient également des informations sur le profil des consommateurs de drogues et sur la transmission de maladies infectieuses entre eux. La politique en matière de drogues, auparavant du ressort du ministère de l'Intérieur, relève désormais du ministère de la Santé, conformément à un plan d'action visant à limiter la consommation et la propagation de drogues ayant été adopté pour la période 2019-2020. Celui-ci plan prévoit des mesures axées sur la prévention, les traitements, la réduction des risques, la réadaptation, la réduction de l'offre de drogues, la coordination des politiques, la collecte de données, la recherche et l'évaluation. Par ailleurs, la Lettonie a également adopté un Plan d'action 2018-2020 visant à contrôler la propagation du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des infections sexuellement transmissibles, du virus de l'hépatite B et du virus de l'hépatite C, qui prévoit une grande diversité d'activités de prévention et de surveillance. Le Comité demande à recevoir des informations à jour sur la mise en œuvre et l'impact des plans d'action mentionnés ci-dessus.

Le rapport décrit les possibilités existantes en Lettonie en matière de traitement (traitements de substitution aux opiacés à base de méthadone et de buprénorphine) et de réduction des risques (dépistage rapide, distribution de seringues et de préservatifs, aide sociale et médicale, consultation sur les maladies infectieuses et mesures prophylactiques/de prévention, mises en œuvre par l'intermédiaire d'un réseau de services mobiles). Depuis 2019, il existe également un service visant à faciliter l'accès aux soins de santé des personnes infectées par le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C grâce à l'intervention de personnes de soutien. Le rapport décrit aussi les traitements disponibles contre les hépatites B et C.

Le Comité renvoie au dernier rapport du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants sur la Lettonie (daté de 2017), dans lequel il était indiqué qu'aucune stratégie détaillée n'était en place pour apporter un soutien aux détenus toxicomanes, et que seuls les détenus qui suivaient déjà un traitement de substitution avant leur entrée en prison pouvaient bénéficier d'un tel traitement. En outre, aucune mesure de réduction des risques ou d'aide psycho-socio-éducative n'était prévue pour les détenus concernés.

Le Comité demande à recevoir des informations sur les mesures adoptées pour améliorer la gestion de la toxicomanie en milieu carcéral, en particulier les mesures fondées sur la dissuasion, l'éducation et les approches de la réduction des risques axées sur la santé publique.

Environnement sain

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

Le rapport présente des mesures de la qualité de l'air qui sont globalement positives, sauf celles effectuées dans certains quartiers de Riga. Un nouveau Programme de contrôle de la pollution de l'air 2020-2030 a été adopté en 2020. Le rapport contient aussi informations sur les mesures adoptées pour contrôler la pollution sonore, les activités visant à promouvoir un

mode de vie sain mises en œuvre par le Centre de prévention et de contrôle des maladies et les dispositifs en place pour mesurer la qualité de l'eau potable et de baignade.

Dans ses commentaires sur le rapport national, le médiateur évoque la pollution sonore incessante qui émane des autoroutes, des stands de tir et de sources domestiques. Le médiateur souligne en outre que les mesures prises par les autorités ne sont pas suffisamment efficaces pour remédier au problème, malgré un arrêt de la Cour constitutionnelle attirant l'attention sur l'impact du bruit sur la santé. Le pays n'ayant pas répondu sur ces points, le Comité demande à recevoir des informations sur les mesures adoptées pour lutter contre la pollution sonore.

Le Comité renvoie au dernier Rapport sur l'examen de la mise en œuvre des mesures environnementales concernant la Lettonie (2019), qui met en évidence des problèmes en matière de gestion des déchets, liés au niveau élevé de mise en décharge et à l'insuffisance du système d'épuration des eaux usées.

Le Comité demande des informations complètes et à jour sur les mesures prises pour réduire la pollution de l'air, de l'eau et d'autres formes de pollution de l'environnement, pour remédier aux problèmes de santé des populations affectées et pour informer le public des problèmes environnementaux en général et au niveau local.

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.

Dans leur rapport, les autorités indiquent qu'il n'existe aucun fabricant de vaccins en Lettonie.

Covid-19

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

Le rapport indique que le 12 mars 2020, le gouvernement a adopté un décret applicable jusqu'au 9 juin 2020 qui instaurait l'état d'urgence et prévoyait des mesures concernant l'achat d'équipements de protection individuelle, le dépistage et le traçage, la distanciation physique, l'auto-isolement, la fermeture des installations publiques et la diminution des actes médicaux programmés. D'autres mesures concernant les voyages internationaux avaient été adoptées. Le rapport souligne que la Lettonie a axé sa politique de prévention contre la covid-19 sur le dépistage, le traçage et l'isolement et décrit les diverses dispositions prises à cet égard. Il décrit également de façon assez détaillée les mesures adoptées en vue de garantir l'accès à l'éducation pendant cette période, ainsi que celles relatives à l'utilisation des transports publics.

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 Lettonie.

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

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2017), le Comité a noté que le système de sécurité sociale couvrait un nombre de branches suffisant (soins de santé, maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse, invalidité, survivants, chômage et prestations familiales). Le système repose sur un financement collectif ; il est financé par les cotisations (salariés, employeurs, État) et par le budget de l'État, et couvre les salariés et les travailleurs indépendants, sauf en ce qui concerne le chômage et les accidents du travail/maladies professionnelles (les travailleurs indépendants ne sont pas assurés contre ces risques).

Le Comité relève dans la base de données MISSOC que le système de protection sociale est principalement financé sur le budget général de l'État, par le biais de l'impôt. Les communes ne perçoivent pas d'impôts propres mais gèrent une partie de l'impôt sur le revenu des personnes physiques. Certaines prestations (maladie, maternité, accidents du travail, chômage) sont financées uniquement par les cotisations sociales obligatoires des salariés, des employeurs et des travailleurs indépendants. Le Comité relève que les salariés et les travailleurs indépendants sont affiliés aux régimes maladie et vieillesse, les salariés étant aussi affiliés au régime chômage. Le Comité note également dans le rapport qu'en ce qui concerne le champ d'application personnel, 90 % de la population active était couverte pour la maladie et 81 % pour le chômage. En ce qui concerne la vieillesse, tous les assurés sociaux étaient couverts, y compris ceux pour lesquels les cotisations sont versées par l'État ; 89 % de la population active étaient couverts contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. 93 % des femmes salariées et indépendantes étaient couvertes pour la maternité et 90 % des salariés et indépendants pour l'invalidité. Tous les assurés sociaux, y compris ceux pour lesquels les cotisations sont payées par l'État, sont couverts par l'allocation de survivant. Le Comité note que la couverture personnelle des risques de sécurité sociale est adéquate. Il demande que chaque rapport fournisse des informations sur le pourcentage de la population couverte par les soins de santé et le pourcentage de la population active couverte pour les prestations de remplacement du revenu.

Adéquation des prestations

D'après les données d'Eurostat, le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté, s'établissait à 341 € par mois en 2019 ; 40 % du revenu équivalent médian correspondait à 273 € mensuels. Le salaire minimum était de 430 € par mois.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2017), le Comité a conclu que la situation n'était pas conforme à la Charte au motif que les montants des prestations de remplacement du revenu (pensions de vieillesse et d'invalidité et prestations de chômage) étaient insuffisants.

S'agissant des prestations de chômage, le Comité a précédemment relevé que le montant minimum de l'allocation de chômage servie à une personne touchant le salaire minimum et justifiant de moins de 10 ans de cotisation était inférieur à 40 % du revenu médian ajusté et était donc insuffisant. Le rapport indique à cet égard que le bénéficiaire de la prestation de chômage peut prétendre à des prestations sociales et à une pension d'invalidité servies par l'État, ainsi qu'à une aide supplémentaire des collectivités locales. Le Comité observe qu'une personne gagnant le salaire minimum et justifiant de moins de dix ans de cotisation reçoit 50 % de son salaire au titre de l'allocation de chômage, soit 215 € en 2019, ce qui reste inférieur à 40 % du revenu médian ajusté. Son cumul avec d'autres prestations

sociales ne rendant pas la situation conforme à la Charte, le Comité réitère son constat de non-conformité sur ce point.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé dans quelles circonstances le versement des allocations de chômage pouvait être suspendu ou supprimé en cas de refus une offre d'emploi ou de formation, si la loi définissait la notion d'« offre d'emploi convenable » et si la législation prévoyait une période initiale durant laquelle l'intéressé pouvait refuser une offre d'emploi ou de formation ne correspondant pas à ses compétences professionnelles sans perdre ses droits aux prestations de chômage.

Le Comité relève dans le rapport qu'une personne sans emploi doit être enregistrée à l'Agence nationale pour l'emploi et avoir le statut de chômeur pour prétendre à l'allocation de chômage. En vertu de la loi relative à l'accompagnement des chômeurs et des personnes en recherche d'emploi, le refus à deux reprises d'une offre d'emploi convenable peut entraîner la perte du statut de chômeur. Les procédures et critères visant à définir une offre d'emploi convenable sont établis dans le Règlement n° 75 sur les procédures d'organisation et de financement des mesures actives en faveur de l'emploi et des mesures pour prévenir et réduire le chômage, adopté par le Cabinet des ministres en 2011. L'Agence nationale pour l'emploi et le chômeur définissent ensemble ce que serait un emploi convenable, en tenant compte des compétences de l'intéressé, de son état de santé, etc. Le Comité relève également que pendant les trois premiers mois à compter du jour où il a obtenu le statut de chômeur, l'intéressé se voit proposer un emploi dans la profession qu'il a exercée ou pour laquelle il est qualifié, ou un emploi moins qualifié s'il le souhaite. Au cours des trois mois suivants, le chômeur peut aussi se voir proposer un emploi moins qualifié et, durant les derniers mois de sa période de chômage, il peut se voir proposer un emploi semi-qualifié (emploi dans des professions élémentaires, groupe 9 de la Classification type des professions).

Le Comité comprend donc que pendant une période initiale de trois mois, le chômeur ne se voit proposer que des emplois convenables, qu'il ne peut refuser. Il demande si, pendant cette période, le chômeur peut refuser une offre d'emploi qui ne lui convient pas sans perdre ses prestations de chômage.

S'agissant du montant minimum de la pension de vieillesse, le rapport indique que, pendant la période 2016-2019, il était compris entre 70,43 € et 108,85 € par mois (entre 117,39 € et 181,42 € pour les personnes handicapées de naissance), selon la durée de cotisation.

Selon le rapport, une prestation de pension correspondant à la période d'assurance cumulée jusqu'au 31 décembre 1995 est versée en complément du minimum vieillesse. Depuis le 1^{er} juillet 2018, ce complément est majoré de 1,50 € maximum par année de cotisation avant le 31 décembre 1995 pour les personnes ayant atteint l'âge de la retraite et bénéficiant, au 31 décembre 1996, d'une pension de vieillesse ou d'invalidité au titre du régime général. Depuis le 1^{er} octobre 2019, le complément du minimum vieillesse est indexé sur l'indice des prix à la consommation.

Selon le rapport, le montant moyen du minimum vieillesse (avec le complément) était de 186,9 € en 2019. Le Comité considère que ce montant est inférieur à 40 % du revenu médian ajusté et est donc insuffisant.

Durant la période 2016-2019, selon le rapport, le montant minimum de la pension d'invalidité était compris entre 64,03 € et 102,45 € par mois (entre 106,72 € et 170,75 € pour les personnes handicapées de naissance), en fonction de la catégorie d'invalidité. Le montant minimum de la pension d'invalidité est calculé le jour de l'ouverture du droit à la pension. Si l'intéressé continue de travailler, le montant de sa pension (catégorie d'invalidité I ou II) est recalculé sur la base de la rémunération moyenne soumise à cotisation qu'il a perçue pendant les mois qui ont suivi l'octroi de la pension et où la part de l'assurance invalidité au titre des assurances obligatoires a été versée ou était due (nouveau calcul). Le Comité relève que le montant minimum de la pension d'invalidité, y compris le complément, était de

147 € en 2019, ce qui est inférieur à 40 % du revenu médian ajusté. Il considère par conséquent que ce montant est insuffisant.

Le Comité prend également note des commentaires du Médiateur de la République lettone concernant le 7^e rapport national sur l'application de la Charte sociale européenne. Le Médiateur relève ainsi que, pendant la période de référence, des arrêts de la Cour constitutionnelle ont permis d'obtenir des avancées dans le domaine de la sécurité sociale. Il indique que le montant minimum des pensions de vieillesse et d'invalidité a été sensiblement augmenté en 2020 et en 2021, conformément aux arrêts de la Cour constitutionnelle, qui a jugé que les règles établies pour fixer le montant minimum de la pension de vieillesse n'étaient pas conformes aux articles 1 et 109 de la Constitution lettone.

Pour le Médiateur, si le législateur a relevé le montant minimum de la pension de vieillesse, les règles établies pour fixer ce montant minimum ne respectent pas les principes de base suivants : 1) le calcul du montant minimum de la pension de vieillesse ne repose pas sur une méthode économiquement justifiée et 2) aucune révision annuelle de ce montant minimum n'est prévue. Il estime par conséquent que si les montants de base sont gelés pendant trois ans, les données de 2023 seront les mêmes qu'en 2018 et ne seront pas conformes à la situation sociale et économique du pays.

Le Comité demande que le prochain rapport commente ces observations et fournisse des informations à jour sur les nouveaux montants de base des prestations versées en remplacement des revenus.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Lettonie n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte au motif que les montants de base des prestations de chômage, de vieillesse et d'invalidité ne sont pas suffisants.

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

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

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

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

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

Le Comité note aussi que la Lettonie n'a ratifié aucune des conventions suivantes de l'Organisation internationale du travail (OIT) : n° 102 concernant la sécurité sociale (norme minimum), n° 121 sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, n° 128 concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, n° 130 concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie et n° 168 sur la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage.

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

A cet égard, le Comité renvoie à sa Conclusion 2021 relative à l'article 12§1 dont il ressort que le système de sécurité sociale letton couvre toutes les branches traditionnelles (soins médicaux, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles, famille, maternité, invalidité et survivants), et que la couverture personnelle des risques de sécurité sociale est suffisante.

En ce qui concerne le niveau des prestations versées, le Comité se réfère à ses appréciations selon lesquelles la situation est conforme s'agissant des montants minimums des prestations de maladie et des prestations en cas d'accidents du travail/de maladies professionnelles (Conclusion 2017 relative à l'article 12§1) ainsi que des prestations de maternité (Conclusion 2019 relative à l'article 8§1).

Toutefois, le Comité a estimé que les montants minimums des prestations de chômage, de vieillesse et d'invalidité ne sont pas suffisants (Conclusion 2021 relative à l'article 12§1), et que les prestations familiales ne sont pas d'un montant suffisant pour un nombre significatif de familles (Conclusion 2019 relative à l'article 16).

Conclusion

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

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

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

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 le Comité avait conclu que la situation de la Lettonie n'était pas conforme à l'article 13§1 de la Charte aux motifs que : le niveau de l'assistance sociale octroyée à une personne seule et sans ressources n'est pas suffisant ; les ressortissants de pays n'appartenant pas à l'EEE qui résident légalement en Lettonie doivent satisfaire à une condition de durée de résidence de cinq ans pour avoir droit à l'assistance sociale.

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

En réponse à la question soumise concernant les réformes faites dans le cadre général, le rapport fait état que, suite à l'adoption du niveau de revenu minimum (RMI) en 2014, le niveau de revenu minimum proposé est calculé pendant la période de référence (2015-2018) selon une certaine méthodologie et est justifié sur le plan socio-économique. La Lettonie prévoit de fixer le niveau de revenu minimum à 40 % du revenu disponible médian des ménages, recalculé par consommateur équivalent, en appliquant une échelle d'équivalence (1 pour la première personne ; 0,7 pour chaque personne suivante). Afin d'assurer la mise en œuvre progressive du RMI, le ministère de la protection sociale a élaboré le "Plan d'amélioration du niveau de revenu minimum pour 2020 – 2021". L'objectif était de fournir un soutien de l'État et des gouvernements locaux pour augmenter les revenus des personnes ayant les plus faibles revenus réduisant l'exclusion sociale et le risque de pauvreté en utilisant une approche méthodologique commune fixant des mesures de soutien minimum. Le plan a été soutenu conceptuellement lors de la réunion du Cabinet des ministres du 13 août 2019. Le rapport indique en outre que ce RMI a eu des répercussions sur les dépenses sociales en 2018, passant de 49,8 euros à 53 euros par personne et par mois. Les pensions ont également augmenté de 2 % à partir de 2020, bien que cela soit en dehors de la période couverte par le présent cycle.

En ce qui concerne le revenu minimum garanti (RMG), le rapport indique qu'il s'agit de la dernière aide possible provenant des ressources publiques pour les personnes ayant les revenus les plus bas ou n'ayant aucun revenu. L'objectif de la prestation du RMG est principalement de répondre aux besoins alimentaires d'une personne, comme le prévoit la loi sur les services sociaux et l'assistance sociale. Le niveau du RMG peut être comparé aux dépenses alimentaires des ménages les plus pauvres (1er quintile de revenus), qui étaient en 2016 de 60,95 euros par membre du ménage. Ainsi, le montant de la prestation RMG en 2016 a assuré le besoin en nourriture à hauteur d'environ 82 %, tout en s'ajoutant au

soutien apporté par le gouvernement local aux personnes dans le besoin depuis 2015. Le Fonds de soutien de l'Union européenne pour les personnes les plus démunies a été soutenu pour couvrir les articles ne relevant pas de l'allocation RMG pour la nourriture. 27 gouvernements locaux avaient un niveau de RMG plus élevé pour différents groupes de population en 2018 (80 euros). Les gouvernements locaux ont actuellement le droit de déterminer un niveau de revenu différent. Une personne dont le revenu et la situation matérielle ne dépassent pas le niveau de revenu spécifié par le gouvernement local concerné sera reconnue comme une personne (famille) à faible revenu. Toutefois, ce niveau ne doit pas être inférieur au revenu et à la situation matérielle de la personne dans le besoin (128,06 €). En 2018, le niveau de revenu d'une personne à faible revenu dans les gouvernements locaux a été fixé de 128,07 € à 430 € par personne et par mois. Déjà en 2018, le niveau de revenu d'une personne à faible revenu dans 34 gouvernements locaux était fixé au-dessus de 297 euros (63,4 % de la population lettone vit dans ces départements locaux), dans 69 gouvernements locaux le niveau de revenu d'une personne à faible revenu était fixé dans une fourchette allant de 198 € à 296 € (30,5 % de la population lettone y vit) et dans 16 gouvernements locaux, le niveau de revenu mentionné est inférieur à 198 EUR par personne et par mois (6,1 % de la population lettone vit dans ces départements locaux) Les données montrent que le nombre de personnes à faible revenu tend à diminuer (de 50 283 en 2017 à 45 564 en 2019). Le RMG a été fixé de 2013 à 2017 à 49,80 €, sans être augmenté. En 2018 et 2019, le RMG a été augmenté à 53 €. En 2020, il a été atteint à 64 € par personne et par mois.

Le rapport indique que le nombre de bénéficiaires de l'allocation RMG diminue chaque année, car le revenu de la population continue d'augmenter légèrement et dépasse le niveau RMG fixé pour l'année en question. Le nombre de bénéficiaires du RMG et le seuil de risque de pauvreté ne sont pas corrélés. Le rapport indique que c'est la répartition inégale des revenus qui est à l'origine des indicateurs élevés de pauvreté et d'exclusion sociale. À mesure que le taux de risque de pauvreté augmente, les personnes ayant le même revenu ou même un revenu légèrement supérieur à celui de l'année précédente peuvent passer sous le seuil de risque de pauvreté. Par exemple, le seuil de risque de pauvreté était de 367 € en 2017, mais il était de 409 € en 2018. Il convient de souligner que les personnes appartenant à certains groupes de personnes ont droit aux prestations et services sociaux de l'État ainsi qu'à l'aide sociale des collectivités locales – accordée sous condition de ressources personnelles, en plus de l'octroi de prestations et services de revenu sans condition.

Quant aux autres prestations, elles sont accessibles aux personnes dont les revenus n'atteignent pas un certain seuil de ressources, 53 € en 2019 et 64 € par personne et par mois à partir du 1er janvier 2020. Ces prestations (les allocations familiales de l'État et leurs compléments, l'allocation pour garde d'enfant handicapé, l'allocation pour personne handicapée nécessitant des soins, l'allocation pour l'utilisation d'un assistant, l'allocation pour la compensation des frais de transport des personnes handicapées ayant des difficultés à se déplacer, l'allocation pour enfant céliaque, l'allocation de naissance et l'allocation funéraire, ainsi que les prestations d'aide sociale des collectivités locales) ne sont pas prises en compte pour la détermination du droit aux prestations RMG et à toutes ces mesures sous forme de mesures de soutien et de prestations accordées aux personnes dans le besoin. Elles ne sont pas non plus prises en compte dans le calcul du seuil de risque de pauvreté. La prestation RMG est une solution à court terme. La proportion de personnes ayant eu recours à la prestation RMG en tant que mesure de soutien temporaire a augmenté par rapport au taux enregistré pendant la récession économique, 27 % d'entre elles bénéficiant de la prestation RMG pour une durée maximale de trois mois et 18 % pour une durée maximale de six mois. Dans le même temps, les bénéficiaires du RMG à long terme sont plus susceptibles de ne pas cesser de recevoir des prestations RMG. Cela prouve que la prestation RMG seule n'est pas un moyen efficace de réduire la pauvreté d'une personne à long terme et que des mesures sont nécessaires pour encourager une personne à

s'impliquer et à développer sa capacité à satisfaire ses besoins fondamentaux et à améliorer son niveau de vie.

En ce qui concerne *les allocations de logement* pendant la période du rapport, elles sont toujours entièrement entre les mains des gouvernements locaux. Les gouvernements locaux déterminent les groupes de personnes ayant droit aux allocations de logement, les montants et le paiement lui-même. Dans certains cas, l'allocation de logement est versée une fois par an. Lorsque le montant de cette allocation est réparti sur 12 mois, le montant de l'allocation par mois diminue.

En ce qui concerne *l'assistance médicale*, le Comité note d'après le rapport que les ménages (ou les personnes) en besoin et à faible revenu sont exemptés de la contribution des patients aux soins de santé. Ils ont droit au remboursement à 100 % des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux qui sont remboursés par l'État, avec les exceptions suivantes : lorsque des médicaments non référencés sont prescrits, le patient couvre la différence entre le prix du médicament ou du dispositif médical non référencé et celui du médicament ou du dispositif médical référencé ; lorsque le coût des médicaments prescrits est supérieur à 14 228,72 € par personne et par période de 12 mois (s'applique uniquement aux remboursements spéciaux, par exemple le remboursement des produits pharmaceutiques pour les personnes individuelles). En général, le remboursement des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux est effectué en fonction de la maladie, de son caractère et de sa gravité. Il existe trois catégories de remboursement : 100 %, 75 % et 50 % – en fonction du diagnostic du patient. Toutefois, les catégories de remboursement de 75 % et 50 % ne sont pas appliquées aux personnes en besoin d'assistance.

Niveau de prestations

- Prestation de base : le Comité note d'après le MISSOC que la prestation de revenu minimum garanti (*Pabalsts garantētā minimālā ienākuma līmeņa nodrošināšanai*) est calculée comme la différence entre le montant fixé par le Conseil des ministres (64 € = niveau RMG) et le revenu de la personne ou du ménage. Les collectivités locales peuvent fixer un niveau RMG plus élevé (mais pas plus de 128,06 € par mois) pour différents groupes sociaux. Le Comité note dans le rapport qu'en 2019, 17 249 personnes ont bénéficié de la prestation RMG, soit près de la moitié qu'en 2015, et que le montant moyen par personne s'élevait à 42,79 €.
- Allocations de logement : selon le rapport, le nombre de personnes ayant bénéficié d'une allocation de logement a diminué, passant de 100 779 en 2017 à 70 954 en 2019. Le Comité demande au prochain rapport d'expliquer davantage cette baisse. Le Comité note également que le montant moyen de cette prestation était de 13,56 € par mois en 2015 et est, selon le rapport de 16,17 € en 2019.
- Seuil de pauvreté (défini comme 50 % du revenu équivalent médian et indiqué dans le rapport) : il s'élevait à 4 094 € par an en 2019 et à 341 € par personne et par mois. 16,2 % de la population est, selon le rapport, en risque de pauvreté, ce qui constitue une augmentation au cours des dernières années.

Le rapport indique qu'afin de promouvoir une compréhension commune entre les municipalités locales et qu'elles ne fixent pas de restrictions illégales et ou déraisonnables pour recevoir des prestations d'assistance sociale dans leurs règlements contraignants, garantissant l'égalité de toutes les familles (personnes) dans l'accès aux prestations, les spécialistes du ministère examinent régulièrement les règlements contraignants. Le ministère organise chaque année des cycles de réunions d'information dans les régions de Lettonie, au cours desquelles ils discutent de ces questions avec les représentants des services sociaux locaux.

Le rapport explique également, en réponse à la conclusion de non-conformité précédente émise par le Comité (Conclusion 2017), que le 9 février 2017, la loi sur les services sociaux et l'assistance sociale a été modifiée, changeant le calcul pour prendre en compte le revenu d'un nécessiteux ou des personnes à faible revenu. Le nouveau système de calcul dépasse, selon le rapport, le niveau de revenu des nécessiteux et des personnes à faible revenu, car la satisfaction des besoins fondamentaux dépend non seulement du soutien reçu en espèces, mais aussi des prestations et services offerts en nature. Cela permet de maintenir la participation motivée de la personne au marché du travail, dans le but d'obtenir un revenu permanent et indépendant, réduisant ainsi la dépendance aux prestations garanties par l'État et les collectivités locales.

Le Comité rappelle qu'une aide est appropriée lorsque le montant mensuel des prestations d'assistance – de base et/ou complémentaires – versées à une personne vivant seule n'est pas manifestement inférieur au seuil de pauvreté. Il considère donc que le niveau de l'aide sociale, versée à une personne seule sans ressources, y compris la prestation de base et l'allocation de logement, n'est pas approprié du fait que l'aide totale qui peut être obtenue n'est pas compatible avec le seuil de pauvreté. La situation n'est donc toujours pas conforme à la Charte.

Droit de recours et aide judiciaire

Le rapport ne présente aucune information à cet égard. Il n'y a pas eu de questions ciblées. Le Comité demande au prochain rapport de fournir des informations sur le nombre de recours soumis au tribunal et il réitère sa question concernant le pouvoir des organes de révision au niveau de la municipalité, et s'ils peuvent examiner l'affaire sur le fond et pas seulement sur un point de droit.

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 États parties résidant légalement sur le territoire. Par conséquent, cette question particulière ne sera évaluée que s'il y a eu une demande d'information ou une non-conformité dans le cycle précédent.

Ressortissants étrangers résidant légalement sur le territoire

Dans sa conclusion précédente, le Comité a estimé que la situation n'était pas conforme à la Charte au motif que les ressortissants des États parties étaient soumis à une condition de durée de résidence pour avoir droit à l'assistance sociale. L'exigence de résidence permanente pour les ressortissants de pays tiers est toujours en vigueur, ce qui exige à son tour cinq ans de résidence. Il n'y a pas de réponse sur cela dans le rapport. Le Comité demande donc le prochain rapport de donner information sur ce point et conclut que la situation n'est pas encore en conformité avec la Charte au motif que les ressortissants des États parties étaient soumis à une condition de durée de résidence pour avoir droit à l'assistance sociale.

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 demandé de confirmer que la législation et la pratique sont conformes à ces exigences et avait différé dans l'intervalle (Conclusions 2017). Le rapport se réfère aux personnes ayant acquis le statut de réfugié, mais ne fournit pas d'autres informations sur les

personnes en situation irrégulière. Le Comité demande à nouveau au prochain rapport de fournir des informations complémentaires et avertit que si cette information n'est pas fournie dans le prochain rapport, il n'y aura pas d'information permettant de démontrer que la situation est en conformité avec la Charte sur ce point.

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

Le Comité prend note de l'information soumise dans le rapport sur la pandémie de la covid-19, même si elle est en dehors de la période de référence.

Lorsque l'état d'urgence a été déclaré dans tout le pays en raison de la propagation de la covid-19, les collectivités locales pouvaient également fournir une assistance à des groupes ciblés qui ne répondaient pas aux dispositions de l'article 3 de la loi sur les services sociaux et l'assistance sociale, si les besoins de base ne pouvaient être satisfaits d'une autre manière (notamment les étudiants étrangers, qui sont restés en Lettonie dans les conditions du Covid – 19, étudient à distance et n'ont pas de moyens de subsistance pour subvenir aux besoins de base). Afin de pouvoir bénéficier des services sociaux et de l'assistance sociale de base du gouvernement local, les étrangers, comme les autres résidents du gouvernement local, préparent une demande écrite dans la langue officielle décrivant la situation liée à la propagation du Covid-19 et doivent joindre des documents ou d'autres preuves, tels qu'un document de cessation d'emploi ou de rémunération non payée, un SMS ou un e-mail de l'employeur, etc. qui confirme les circonstances survenues pendant la situation d'urgence.

Pendant l'état d'urgence déclaré, la prestation de services de soins de santé pour toutes les personnes (qu'elles soient des citoyens lettons, des non-citoyens ou qu'elles se trouvent légalement en Lettonie) a été restreinte par l'ordonnance n° 59 "concernant la restriction de la prestation de services de soins de santé pendant la situation d'urgence" (<https://likumi.lv/ta/en/en/id/313481-regarding-the-restriction-of-the-provision-of-health-care-services-during-the-emergency-situation>) du ministère de la Santé. Toutes les personnes pouvaient recevoir des médicaments d'urgence en cas de besoin.

Le Comité demande le prochain rapport de fournir des informations complémentaires sur l'assistance social et les mesures prises pendant la pandémie de la covid-19.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Lettonie 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 n'est pas suffisant ;
- les ressortissants de pays non membres de l'EEE qui résident légalement en Lettonie doivent satisfaire à une condition de durée de résidence de cinq ans pour avoir droit à l'assistance sociale.

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

Le Comité prend note des informations contenues dans le rapport soumis par la Lettonie.

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

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 13§2 de la Charte, toute discrimination à l'égard des personnes bénéficiant de l'aide sociale et médicale qui pourrait résulter – directement ou indirectement – d'une disposition expresse doit être éradiquée. Les bénéficiaires de l'aide sociale ou médicale doivent bénéficier d'une protection efficace contre les mesures discriminatoires, notamment en ce qui concerne leur accès à l'emploi et aux services publics. Le Comité a demandé des informations actualisées sur les dispositions législatives et la pratique.

Le rapport indique que l'article 89 de la Constitution lettone reconnaît et protège les droits fondamentaux de l'homme conformément à cette Constitution, aux lois et aux accords internationaux qui lient la Lettonie. L'assistance sociale est fournie à chaque personne et/ou ménage en fonction de ses revenus, il n'y a pas d'autres critères dans l'assistance sociale que les revenus du ménage. En outre, conformément à l'article 9 de la loi sur les services sociaux et l'assistance sociale, le gouvernement local sur le territoire duquel une personne a son lieu de résidence déclaré a l'obligation de fournir à cette personne la possibilité de recevoir des services sociaux et une assistance sociale correspondant à ses besoins. Si une collectivité locale a reçu des informations de personnes ou d'institutions concernant une personne (y compris une personne en situation d'urgence) qui, en raison de sa situation, pourrait avoir besoin d'un service de soins sociaux ou de réhabilitation sociale ou d'une assistance sociale, la collectivité locale a l'obligation de vérifier les informations reçues, d'évaluer les besoins de la personne en matière de services sociaux et d'assistance sociale, et d'informer cette personne ou son représentant légal des droits et des possibilités de recevoir des services sociaux et une assistance sociale, ainsi que des procédures par lesquelles les services sociaux ou l'assistance sociale peuvent être reçus.

Dans les situations d'urgence, si nécessaire, le gouvernement local, sur le territoire où se trouve une personne sans domicile, assure à la personne un abri ou un refuge de nuit, des informations et des consultations, ainsi qu'une aide matérielle ponctuelle.

Il n'y a pas d'information concernant le droit de vote et pas de renseignements sur les critères appliqués en pratique pour garantir que l'exercice des droits sociaux et politiques soit interprété de manière à prévenir la discrimination sur la base de la réception de l'assistance médicale ou sociale. Le Comité demande que le prochain rapport donne des informations à ce sujet. Dans l'attente, il considère donc que la situation est conforme à la Charte.

Conclusion

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

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

Le Comité 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 Lettonie.

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 conclusion précédente (Conclusions 2017) et dans ses conclusions antérieures (Conclusions 2013, Conclusions 2009, Conclusions 2006), le Comité a jugé la situation non conforme à l'article 14§1 de la Charte au motif que l'accès aux services sociaux pour les ressortissants des autres États parties était subordonné à une condition de durée de résidence excessive.

Le rapport indique que l'article 3 de la loi relative aux services sociaux et à l'assistance sociale a été modifié en 2017, afin de préciser la procédure pour solliciter les services sociaux dont il est question dans la loi et, pour chacun des groupes de personnes résidant légalement en Lettonie, les sources financières permettant le paiement des services. Le Comité note que le champ d'application du droit de bénéficier des services sociaux n'a pas changé depuis sa dernière évaluation. Ce droit est exercé par : – les citoyens et les non-citoyens ; – les ressortissants de pays tiers titulaires d'un titre de séjour permanent ou ayant obtenu le statut de résident permanent en République de Lettonie ; – les ressortissants des États membres de l'Union européenne, des pays de l'Espace économique européen, et de la Confédération suisse, qui : (a) bénéficient d'un droit de résidence permanente, (b) sont autorisés à résider en République de Lettonie et y résident depuis au moins trois mois, (c) sont présents en République de Lettonie depuis au moins six mois dans le but d'y établir des relations d'emploi légales, et sont à même de démontrer qu'ils continuent de chercher du travail, ce dont atteste leur inscription auprès de l'Agence nationale pour l'emploi ; – les réfugiés et les personnes s'étant vu reconnaître un statut alternatif (de protection subsidiaire), ainsi que les membres de leur famille. Le rapport indique également que les personnes qui ont le droit d'entrer et de résider en République de Lettonie et qui ne sont pas mentionnées ci-dessus peuvent bénéficier d'un service en payant le plein tarif. Si les revenus du client ne sont pas suffisants pour lui permettre de payer un service social au plein tarif et que le prestataire prend en charge le coût du service, en vertu de règlement n° 275 du Conseil des ministres du 27 mai 2003 sur la procédure de paiement des services sociaux et des services de réadaptation sociale et sur les procédures de prise en charge des coûts des services par les collectivités locales, les fonds restant à la disposition de la famille après le paiement du service ne peuvent être inférieurs au montant calculé en multipliant le salaire minimum national (430 € par mois en 2019) par le coefficient suivant : pour une famille d'une personne – 1,0 ; pour chacune des autres personnes dépendant du soutien de famille – 0,5. Le Comité considère que rien, dans les informations fournies, n'indique que la

situation en matière d'accessibilité aux services sociaux ait changé pour les ressortissants des autres États parties résidant légalement en Lettonie en matière d'admissibilité aux services sociaux a changé. Surtout, l'exigence de résidence permanente est toujours en vigueur, ce qui implique une durée de résidence de cinq ans. C'est cette condition excessive, à laquelle les ressortissants des autres États parties doivent satisfaire pour pouvoir accéder aux services sociaux sur un pied d'égalité avec les ressortissants nationaux, qui n'est pas conforme à la Charte. Par conséquent, le Comité reconduit sa conclusion sur ce point.

Dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2016 et Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur la participation financière requise pour accéder à divers services sociaux. Une fois encore, le rapport n'apporte pas d'informations à ce sujet. Le Comité considère qu'il n'est pas établi que cette participation soit élevée au point d'empêcher l'accès aux services sociaux.

En réponse aux questions ciblées du Comité, le rapport indique que pendant la pandémie de covid-19, les services sociaux ont été maintenus. Nombre de services ont été assurés à distance, en convenant avec le client du mode de prestation souhaité (par téléphone, en utilisant les possibilités offertes par la technologie, etc.). Des lignes directrices ont été élaborées et des séminaires ainsi que des cours ont été organisés pour encourager les prestataires de services sociaux, y compris les bureaux des services sociaux des collectivités locales, à organiser des consultations en ligne avec les clients et à poursuivre les visites à domicile nécessaires en respectant des mesures de sécurité. Les bureaux des services sociaux des collectivités locales ont reçu pour instruction d'informer la population par différents moyens des possibilités de bénéficier des services sociaux. Les services de réadaptation sociale offrant un hébergement aux victimes de violences (enfants comme adultes) ont été maintenus dans les centres de crise. Les décisions de donner accès à ce service étaient prises immédiatement. Autre ressource, l'assistance psychologique offerte par le Centre « Skalbes » de conseil et de crise, qui prend la forme d'interventions d'urgence par téléphone auprès des victimes et des auteurs de violence, et d'un soutien émotionnel.

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 Lettonie n'est pas conforme à l'article 14§1 de la Charte aux motifs que :

- l'accès des ressortissants des autres États parties aux services sociaux est subordonné à une condition de durée de résidence excessive ;
- il n'est pas établi que la participation financière aux services sociaux soit élevée au point d'empêcher l'accès à ces services.

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 Lettonie.

Le Comité 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 rappelle également qu'aux fins du présent examen, il a été demandé aux États de répondre aux questions ciblées posées au titre de cette disposition (questions figurant dans l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, dans laquelle le Comité 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. Les États ont par conséquent été invités à fournir des informations sur la participation des usagers aux services sociaux (« co-production ») et notamment à indiquer comment cette participation est garantie et encouragée dans la loi, dans les affectations budgétaires et dans la prise de décision à tous les niveaux, ainsi que dans la conception et les modalités de mise en œuvre concrète des services. Le terme « co-production » signifie 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 indique que conformément au règlement de 2017 relatif à l'enregistrement des prestataires de services sociaux, ces services ne peuvent être fournis que par un prestataire enregistré dans le système d'information national, le Registre des prestataires de services sociaux. Depuis 2018, deux nouveaux services sociaux sont financés sur le budget de l'État et leur prestation est déléguée à deux ONG : l'Association lettone de soutien aux patients atteints de cancer et l'Association lettone de soins palliatifs pour les enfants, qui offrent des services de réadaptation psychosociale aux patients et aux membres de leur famille. Le rapport dresse une liste d'autres services sociaux délégués à des ONG.

Les informations communiquées ne permettent toutefois pas au Comité d'apprécier pleinement la situation sous l'angle de toutes les exigences de l'article 14§2. 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.

Conclusion

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

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

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Lettonie, ainsi que des commentaires communiqués par les services du Médiateur de la Lettonie le 13 juillet 2021 et de la réponse des autorités lettones datée du 31 août 2021.

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

Par conséquent, il se concentrera sur les réponses du Gouvernement aux questions ciblées, à savoir les mesures (juridiques, pratiques et proactives, y compris en ce qui concerne le contrôle et l'inspection) prises pour veiller à ce qu'aucune personne ne tombe sous le seuil de pauvreté, durant et après la crise de la covid-19, les effets de ces mesures et les précédents constats de non-conformité ou décisions d'ajournement.

Le Comité tient à souligner qu'il prendra note de la réponse à la question relative à la covid-19 à titre d'information uniquement, dans la mesure où elle concerne des évolutions survenues en dehors de la période de référence (à savoir, après le 31 décembre 2019). En d'autres termes, les informations mentionnées dans la section « Pauvreté et exclusion sociale en période de crise de la covid-19 » ci-dessous ne feront pas l'objet d'une évaluation de conformité à la Charte dans le cadre du présent cycle d'examen.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la situation de la Lettonie n'était pas conforme à l'article 30 de la Charte, au motif qu'il n'existait pas d'approche globale et coordonnée visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale (Conclusions 2017).

Mesurer de la pauvreté et de l'exclusion sociale

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

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

Le Comité relève que le taux de risque de pauvreté s'est accru durant la période de référence, passant de 21,8 % en 2016 à 22,9 % en 2019 (il s'établissait à 17,3 % en 2016 et 16,8 % en 2019 pour les 28 pays de l'UE). Il observe une différence entre les taux de risque de pauvreté (après transferts sociaux) des hommes et des femmes, écart qui était de 4,5 % en 2016, 5,5 % en 2017, 5,4 % en 2018 et 4,8 % en 2019.

Le Comité note également que les chômeurs (âgés de 16 à 64 ans) forment un groupe particulièrement vulnérable : plus de la moitié d'entre eux (55,8 % en 2016 et 57,7 % en 2019) étaient exposés au risque de pauvreté durant la période de référence, ce pourcentage étant beaucoup plus faible pour les personnes occupant un emploi (8,5 % en 2016 et 8,7 % en 2019).

Le taux de risque de pauvreté des personnes âgées de plus de 65 ans était lui aussi élevé, puisqu'il atteignait 38,1 % en 2016 et 47,9 % en 2019 (contre 34,6 % en 2015, 13,9 % en 2012 et 9,1 % en 2011). Le Comité note que ce taux était presque trois fois supérieur à la moyenne des 28 pays de l'Union européenne (14,5 % en 2016 et 16,5 % en 2019).

S'agissant des enfants âgés de moins de 16 ans, le taux de risque de pauvreté a baissé durant la période de référence, passant de 17,8 % en 2016 à 14 % en 2019.

En comparant les taux de risque de pauvreté avant et après transferts sociaux, le Comité relève aussi que l'impact des prestations sociales a augmenté durant la période de référence (de 6,1 % en 2016 à 7,2 % en 2019).

Concernant l'indicateur des personnes en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (AROPE), qui, selon la méthodologie Eurostat, correspond au nombre de personnes qui (1) sont menacées par la pauvreté et/ou (2) vivent dans le dénuement matériel et/ou (3) vivent dans des ménages à très faible intensité de travail, le Comité constate que 28,5 % de la population lettone était menacée de pauvreté et d'exclusion sociale en 2016 et 27,3 % en 2019 (cette proportion s'établissait à 23,5 % en 2016 et 21,4 % en 2019 pour les 28 pays de l'UE).

S'agissant des enfants âgés de moins de 16 ans, le risque de pauvreté et d'exclusion sociale a légèrement reculé pendant la période de référence et a ainsi été ramené de 23,7 % en 2016 à 18,3 % en 2019 ; le Comité observe que ce taux est inférieur à la moyenne des 28 pays de l'UE (25,9 % en 2016 et 23,1 % en 2019).

Le Comité constate que le taux de risque de pauvreté croît légèrement, notamment parmi les chômeurs et les personnes âgées de plus de 65 ans. Il en conclut que les niveaux de pauvreté sont significatifs et demeurent nettement supérieurs aux moyennes de l'UE.

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la situation de la Lettonie n'était pas conforme à l'article 30 de la Charte, au motif qu'il n'existait pas d'approche globale et coordonnée visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale (Conclusions 2017).

Le rapport fait état de l'adoption de divers textes législatifs et réglementaires concernant le salaire minimum, les prestations sociales, les services sociaux, les aides au logement, la fiscalité et l'éducation.

Le rapport fournit des informations sur les mesures visant à soulager les ménages à faibles revenus – aide juridique gratuite, tarif de l'électricité réduit, baisse de 90 % de la taxe foncière, exonération du ticket modérateur, remboursement intégral des médicaments ou appareils médicaux, tarifs réduits dans les lieux de culture. Outre le soutien apporté par l'État et les collectivités locales, les ménages dans le besoin et à faibles revenus, ainsi que les personnes en situation de détresse, peuvent bénéficier d'une aide du Fonds européen d'aide aux plus démunis. Ce Fonds, qui a pour objectif de lutter contre l'insécurité alimentaire et matérielle de base, a alloué 48,2 millions d'euros à la Lettonie entre 2014 et 2020. Le nombre de personnes ayant bénéficié d'une aide alimentaire s'est accru pendant la période de référence, passant de 61 497 en 2016 à 75 645 en 2019.

Le rapport fournit également des informations sur un programme d'aide à l'acquisition d'un logement pour les familles avec enfants. En 2018, un dispositif d'aide aux jeunes professionnels qui perçoivent un revenu régulier mais n'ont pas les moyens de fournir l'apport initial exigé pour l'achat d'un logement a par ailleurs été mis en place.

Le rapport indique que les familles qui ont deux enfants ou plus sont davantage aidées depuis 2018 ; il ajoute que, depuis le 1^{er} juillet 2019, l'allocation versée en cas d'adoption est servie jusqu'aux 18 ans de l'enfant et que le montant de l'allocation de prise en charge spéciale a été majorée pour les enfants gravement handicapés et les personnes présentant un handicap du groupe I depuis leur enfance.

Pour réduire les inégalités de revenu, le salaire mensuel minimum a été porté de 370 € à 430 € en 2018 et le minimum non imposable a été relevé à 270 € en 2019.

S'agissant des pensions, il a été décidé de revaloriser les montants minima des pensions de vieillesse et de handicap à compter du 1^{er} janvier 2020.

Dans le domaine de la santé, certains groupes de population bénéficient d'une exonération du ticket modérateur et ont droit au remboursement intégral des frais pharmaceutiques et des appareils médicaux, avec certaines exceptions.

Concernant les Roms, des mesures ont été prises pendant la période de référence afin de développer et renforcer la société civile rom, de favoriser la coopération entre toutes les parties prenantes en vue d'améliorer l'accès des Roms à l'éducation, au marché du travail, aux services sociaux, au logement et aux soins de santé, de promouvoir le dialogue interculturel et de sensibiliser la population à la culture et à l'histoire roms pour lutter contre l'antitsiganisme.

Le rapport indique que les dépenses consacrées à la protection sociale ont augmenté ces dernières années pour atteindre 15,7 % du PIB en 2019, contre 15 % en 2016. Il donne des précisions sur la progression de ces dépenses intervenue dans divers secteurs durant la période considérée.

Le rapport fait également état de la mise en place, en 2016, d'une nouvelle mesure en faveur de l'emploi baptisée « programme d'activation des chômeurs de longue durée », qui vise à faciliter l'intégration sociale de cette catégorie de demandeurs d'emploi et à améliorer leur capacité à trouver un emploi convenable, de façon à limiter au maximum le risque d'exclusion sociale. Il ajoute que la subvention salariale versée aux chômeurs qui suivent une « formation pratique auprès d'un employeur » a été revue à la hausse – elle est désormais de 200 € pour les trois premiers mois de formation et de 150 € pour les trois derniers mois (elle était auparavant de 160 € pour les deux premiers mois, de 120 € pour les deux mois suivants et de 90 € pour les deux derniers mois). Par ailleurs, la loi relative aux entreprises sociales, entrée en vigueur le 1^{er} avril 2018, a pour objectif d'améliorer la qualité de vie des groupes de personnes menacés d'exclusion sociale et de favoriser leur emploi grâce à l'entrepreneuriat social.

Le Comité prend note de l'avis exprimé par les services du Médiateur de la Lettonie dans ses commentaires, qui estime que l'offre de logements destinés aux personnes aux revenus les plus faibles est insuffisante, que l'aide au logement actuellement dispensée n'est pas accessible à une grande partie des ménages pour peu que leurs revenus dépassent un seuil minimum, que l'intégration des enfants roms dans les filières d'enseignement général continue de poser problème, que les établissements d'enseignement supérieur ne sont pas suffisamment en mesure d'accueillir des personnes handicapées et que la réforme fiscale ne concourt pas à la réalisation de l'objectif de réduction des inégalités. Les autorités lettones font valoir dans leur réponse qu'un programme d'aide au logement sera mis en place pour les municipalités et les personnes à revenus moyens. Elles notent que les locaux de certains établissements scolaires ont fait l'objet de travaux de modernisation qui ont amélioré l'accessibilité des personnes présentant un handicap fonctionnel, et que les conditions relatives à leur admission ont été facilitées. Tous les étudiants handicapés jouissent d'une priorité pour l'obtention d'une bourse scolaire et ceux porteurs d'un handicap du premier ou du deuxième groupe ont un accès aux prêts étudiants à des conditions préférentielles. S'agissant de la réforme fiscale, les autorités lettones précisent qu'elle a notamment pour objectif de réduire les inégalités de revenus, et non les inégalités en général.

Le Comité note que, selon le rapport 2019 relatif à la Lettonie établi dans le cadre du Semestre européen, le risque de pauvreté ou d'exclusion sociale a régulièrement diminué depuis 2012 pour atteindre un niveau historiquement bas en 2018, à 28,4 %. Il relève toutefois que ce taux progresse parmi les personnes âgées, les chômeurs et les personnes handicapées. Le niveau des prestations d'assistance sociale reste insuffisant et ne permet pas d'atténuer la grande pauvreté et les fortes inégalités.

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

- l'article 12§1 et à sa conclusion selon laquelle les montants de base des prestations de chômage, de vieillesse et d'invalidité ne sont pas suffisants (Conclusions 2021) ;
- l'article 13§1 et à sa conclusion indiquant que le niveau de l'assistance sociale versée à une personne seule sans ressources n'est pas suffisant (Conclusions 2021) ;
- l'article 14§1 et à sa conclusion indiquant que l'accès des ressortissants d'autres États parties aux services sociaux est subordonné à une condition de durée de résidence excessive et qu'il n'est pas établi que la participation financière aux services sociaux ne soit pas élevée au point d'empêcher l'accès à ces services (Conclusions 2021) ;
- l'article 16 et à sa conclusion indiquant que l'égalité de traitement des ressortissants des autres États parties n'est pas assurée en ce qui concerne le versement des prestations familiales en raison d'une condition de durée de résidence excessive et que les prestations familiales ne sont pas d'un montant suffisant pour un nombre significatif de familles (Conclusions 2019) ;
- l'article 31§1 et à sa conclusion selon laquelle les mesures prises pour améliorer les conditions de logement particulièrement précaires des Roms, sont insuffisantes (Conclusions 2019).

Le Comité note que des progrès ont été réalisés pour porter le montant des pensions à un niveau suffisant, relever le revenu minimum et majorer les allocations familiales. Une part croissante de la population continue cependant d'être menacée de pauvreté, les personnes âgées, les chômeurs et les personnes handicapées y étant plus particulièrement exposés. Compte tenu de ce qui précède, le Comité considère que la situation n'est pas conforme à l'article 30 au motif qu'il n'existe pas d'approche globale et coordonnée adéquate en place pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Contrôle et évaluation

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé que le prochain rapport contienne des informations exhaustives sur les mécanismes de contrôle couvrant l'ensemble des secteurs et domaines d'intervention en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (Conclusions 2017).

Le rapport indique, en réponse, que le ministère de la Protection sociale procède depuis 2017 à des évaluations d'impact thématiques des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, l'objectif étant d'analyser les statistiques et données d'enquête disponibles en la matière. Durant la période de référence, trois évaluations ont notamment porté sur les réformes engagées par les pouvoirs publics pour améliorer le revenu disponible de la population et réduire les inégalités ; ces réformes cherchaient essentiellement à lutter contre la pauvreté, l'exclusion sociale et/ou les inégalités de revenu en misant sur une augmentation des revenus directs et/ou indirects de la population. Suite à ces évaluations, des recommandations ont été formulées en vue d'élaborer et d'améliorer les politiques menées dans ce domaine.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations concernant le suivi et l'évaluation des efforts de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Il demande aussi comment la société civile et les personnes directement touchées par la pauvreté et l'exclusion sociale (notamment les personnes âgées, handicapées et au chômage) sont associées à l'évaluation de ces politiques.

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

Le rapport indique que, compte tenu de la nécessité de ne pas interrompre le cursus scolaire des enfants, des approches différentes ont été retenues selon les degrés de l'enseignement concernés. Face au problème que rencontrent les familles moins favorisées n'ayant pas accès à Internet, deux initiatives ont été lancées : la première consistait à mettre à leur disposition des appareils connectés à Internet, et la deuxième à créer rapidement une chaîne de télévision diffusant des émissions pédagogiques. De plus, un soutien informatique a été apporté aux étudiants ne disposant pas d'une connexion Internet à domicile. Des directives et feuilles de route ont été fixées pour encourager l'apprentissage à distance.

Le ministère de la Culture a actualisé les directives destinées aux médiateurs de la communauté rom en mars 2020 afin qu'elles leur donnent la possibilité de dispenser des services de médiation au plan local pendant le confinement lié à la pandémie de covid-19.

S'agissant du marché du travail, le statut des demandeurs d'emploi a été modifié pour offrir davantage de flexibilité eu égard à la crise sanitaire. Des mesures ont été prises le 17 mars 2020 pour permettre aux demandeurs d'emploi d'occuper des emplois publics temporaires jusqu'au 31 décembre 2020, indépendamment de la durée de chômage. Pour atténuer l'impact de la crise liée à la covid-19, des emplois temporaires subventionnés ont été créés pour la période comprise entre juillet 2020 et décembre 2021.

Pour ce qui est de la culture, le rapport fait état de l'attribution au ministère compétent d'une enveloppe de 32 millions d'euros destinée à aider ce secteur à surmonter la crise provoquée par la covid-19 ; 10,6 millions d'euros ont été directement utilisés pour atténuer les répercussions dont il a souffert du fait de la crise. Le Fonds culturel national a mis en place un nouveau programme favorisant l'emploi des personnes qui ont une activité créative, qui permet aux intéressés de décrocher un travail créatif rémunéré. De plus, 4,7 millions d'euros ont été dégagés pour permettre à la Fondation nationale pour le capital culturel de déployer des programmes destinés à développer l'offre culturelle et à garantir la viabilité des lieux de culture.

Le rapport indique qu'en matière de logement, il a été demandé aux syndicats de faire preuve de compréhension à l'égard des citoyens qui ont du mal à acquitter les sommes dues pour leurs services de gestion et de leur proposer des solutions axées sur une coopération mutuelle. Au pire de la crise, la durée de validité des attestations délivrées aux personnes en situation de besoin et aux familles ou individus à faibles revenus a été prolongée sur toute la période critique, majorée d'un mois calendaire. Les pouvoirs publics ont en outre veillé à ce que les personnes handicapées continuent de recevoir une assistance et que celles et ceux qui leur ont fourni une telle aide ne soient pas privés de revenu.

Conclusion

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