



mars 2022

## **CHARTÉ SOCIALE EUROPÉENNE REVISÉE**

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2021

**LITUANIE**

*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 Lituanie, qui a ratifié la Charte sociale européenne révisée le 29 juin 2001. L'échéance pour remettre le 18<sup>e</sup> rapport était fixée au 31 décembre 2020 et la Lituanie l'a présenté le 9 avril 2021.

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

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

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

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

La Lituanie a accepté toutes les dispositions de ce groupe, sauf les articles 12§2, 13§4, 23 et 30.

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

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

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

En ce qui concerne les 5 autres situations, régies par les articles 3§2, 3§4, 12§1, 12§4 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 Lituanie de présenter des rapports en vertu de la Charte révisée.

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

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

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

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

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

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

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

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

Le Comité note qu'aux fins du présent rapport, il a été demandé aux États de répondre aux questions ciblées spécifiques posées aux États au titre de l'article 3§1 de la Charte, ainsi que, le cas échéant, aux conclusions antérieures de non-conformité ou d'ajournement (voir l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, par laquelle le Comité a demandé un rapport sur la mise en œuvre de la Charte en ce qui concerne les dispositions relevant du groupe thématique « Santé, sécurité sociale et protection sociale »).

Dans sa précédente conclusion le Comité a estimé que, dans l'attente de la réception des informations demandées, la situation en Lituanie était conforme à l'article 3§1 de la Charte (Conclusions 2017). L'appréciation du Comité portera donc uniquement sur les informations fournies par le Gouvernement en réponse aux questions ciblées.

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

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

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

Le Comité a précédemment demandé au gouvernement de formuler des observations dans le prochain rapport sur le renouvellement de la stratégie en matière de santé et de sécurité au travail pour 2009-2012 et de fournir des informations complètes et actualisées sur les modifications apportées à la législation et à la réglementation pendant la période de référence (Conclusions 2017).

En réponse aux questions adressées, le rapport indique que le plan d'action national sur la santé et la sécurité au travail pour 2017-2021 a été approuvé par le ministre de la sécurité sociale et du travail de la République de Lituanie et le ministre de la santé de la République de Lituanie par l'arrêté du 22 mai 2017 n° A1-256/V-584. L'objectif de ce plan est de mettre en œuvre les politiques de santé et de sécurité au travail (SST) au niveau national, de promouvoir l'intérêt pour la SST en tant que composante de la bonne gouvernance et facteur clé de l'augmentation de l'efficacité de la production et de la compétitivité, et de garantir la SST afin que les conditions de travail soient améliorées. Le rapport indique également que, dans le but d'améliorer la mise en œuvre des réglementations en matière de SST dans les entreprises, en particulier les micro et petites entreprises, huit outils interactifs d'évaluation des risques en ligne (OiRA) ont été développés pour des secteurs spécifiques. Le rapport détaille également les guides et les campagnes de sensibilisation, la formation et l'échange de bonnes pratiques pour les entreprises qui ont été fournis.

En ce qui concerne les chantiers de construction, le rapport indique que des formations ont été organisées à l'intention des inspecteurs de l'Inspection nationale du travail et qu'un contrôle cohérent du respect de la réglementation relative aux travailleurs sociaux sur les chantiers de construction dans les entreprises engagées dans des travaux de construction et assurant la prévention des chutes de hauteur (au cours des inspections de chantier, des questionnaires spéciaux visant à prévenir les chutes de hauteur ont été utilisés et des

informations ont été fournies aux partenaires sociaux) a été mené en 2018-2019 et prévu en 2019-2021.

Le Comité a précédemment noté que la réglementation lituanienne mentionne l'obligation de prendre en compte les risques psychosociaux et donne une définition de ce que l'on entend par risques psychosociaux ou stress et de ce qui doit être inclus dans une évaluation des risques afin d'assurer une prévention adéquate de la mauvaise santé mentale (Conclusions 2017). Le Comité invite le gouvernement à commenter cette observation dans le prochain rapport.

En réponse à la question du Comité, le rapport précise en détail que l'ordonnance V-590 du ministre de la Santé de la République de Lituanie du 17 mai 2019, relative à l'approbation de la description de la procédure de renforcement des compétences des travailleurs en santé mentale, vise à développer les compétences des travailleurs des entreprises et de leurs représentants (chefs de divisions), des professionnels de la sécurité et de la santé au travail (spécialistes de la santé au travail, spécialistes de la sécurité et de la santé au travail), des chefs de service RH et des autres travailleurs des entreprises (ci-après – les travailleurs) afin de réduire l'impact négatif des facteurs de risque psychosociaux sur la santé des travailleurs, d'améliorer l'environnement psychosocial dans les entreprises et de renforcer leur santé mentale.

Le rapport indique en outre que l'ordonnance n° V-699/A1-241 du ministre de la Santé de la République de Lituanie et du ministre de la Sécurité sociale et du Travail de la République de Lituanie du 24 août 2005, relative à l'approbation de l'orientation méthodologique pour l'enquête sur les facteurs de risques professionnels psychosociaux, a été mise à jour le 1er mai 2019 en ce qui concerne les exigences et les normes de qualification des personnes menant cette enquête. Le rapport informe également que selon les Dispositions générales pour l'évaluation des risques professionnels, valables depuis le 1er mai 2018, l'employeur doit réviser et effectuer de manière répétée l'évaluation des risques professionnels.

Le Comité note l'existence d'une politique dont l'objectif est de favoriser et de préserver une culture de la prévention en matière de sécurité et de santé au travail. Le Comité note également que les plans et stratégies politiques en Lituanie sont périodiquement évalués et revus, notamment à la lumière de l'évolution des risques et des risques psychosociaux, ce qui devrait permettre d'identifier les maladies à des stades plus précoces et favoriser un meilleur enregistrement des maladies professionnelles.

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

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

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

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

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

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

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

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

En réponse à la question ciblée relative à la covid-19, le rapport indique que le paragraphe 1 de l'article 11 de la loi sur la sécurité et la santé au travail établit le devoir de l'employeur de créer un environnement de travail sûr et sain pour les employés. Le rapport indique qu'en vertu de ce régime, l'employeur doit fournir aux employés des équipements de protection individuelle (EPI) à leurs frais et mettre en œuvre d'autres mesures organisationnelles, telles que la gestion du nombre d'employés, de visiteurs, de tiers dans les locaux, etc., l'organisation du travail à distance, la ventilation, le nettoyage, la désinfection, etc. Dans le même ordre d'idées, le rapport indique que des recommandations ont été fournies aux entreprises de divers secteurs d'activités pour les aider à faire face au SRAS-CoV-2 et au risque de développement de la covid-19. Le rapport souligne que l'inspection nationale du travail a préparé et publié sur son site Internet 13 recommandations relatives à différents secteurs, notamment le personnel de santé, le personnel des établissements de soins sociaux et les services essentiels de transport et de vente au détail.

Le rapport détaille les mesures adoptées par le commissaire général de la police à l'égard des employés de la police lituanienne, qui concernent les consignes de sécurité, la limitation de l'exposition des agents et du public, la distanciation physique, le travail à distance, la fourniture d'EPI et d'informations sur l'hygiène, et le dépistage de la covid-19 dans le centre médical du ministère de l'Intérieur. La réserve de policiers a été planifiée et différents scénarios d'opérations ont été préparés pour assurer la sécurité et la continuité des fonctions de maintien de l'ordre.

Le rapport indique qu'une circulaire a été publiée en janvier 2020 avec des informations et des directives pour les employés du service de sécurité publique (PSS) sur l'infection par la covid-19, avant que le premier cas de test positif pour la covid-19 ne soit officiellement enregistré en Lituanie. Le rapport indique également que les locaux du PSS sont désinfectés quotidiennement en appliquant des désinfectants utilisés dans les institutions médicales pour la prévention des infections.

Selon le rapport, des formations à distance sur l'utilisation des protections ont été organisées pour les agents du Service des gardes-frontières de l'État (SGBS). En outre, les agents et les employés civils ont reçu des EPI en fonction des besoins.

Le rapport informe en outre que le service d'incendie et de secours a développé des algorithmes pour les actions à effectuer lors de tâches pandémiques, qu'il a préparé des mémos pour son personnel sur la façon de se protéger de la covid-19 et sur ce qu'il doit faire s'il ressent les symptômes d'une maladie perçue, et qu'il a fourni à ses employés des EPI jetables.

Enfin, le rapport explique que la recommandation destinée aux travailleurs du secteur des soins de santé visait à assurer le maximum de santé et de sécurité à tous les niveaux, en soulignant l'importance d'appliquer/utiliser des mesures de protection collective, technique, organisationnelle et personnelle, toutes ensemble, lors des procédures de routine. Le rapport détaille les mesures techniques de protection proposées, telles que la planification des procédures médicales de routine, la séparation des pièces, la ventilation, les moyens de filtration et les mesures de stérilisation. Le rapport détaille également les mesures proposées concernant les mesures d'isolement standard et supplémentaires à appliquer à un patient atteint de la covid-19 ou suspecté d'être atteint de la covid-19. En outre, la recommandation susmentionnée prévoit qu'un manuel de procédures de lutte contre les infections doit être préparé dans chaque établissement de santé et révisé et supervisé en permanence, en tenant compte de la qualité des services de santé fournis, des procédures effectuées, des dispositifs médicaux disponibles (utilisés) et des mesures et équipements de nettoyage, de désinfection et de stérilisation, et en garantissant un environnement de travail sûr. Enfin, le rapport indique que le ministre de la Santé a approuvé une liste de groupes d'employés identifiés comme présentant un risque plus élevé de développer une maladie grave, d'être hospitalisés, de souffrir de complications sévères ou de mourir en raison d'une

infection à la covid-19, afin d'empêcher les professionnels de la santé figurant sur cette liste de travailler avec des patients diagnostiqués avec la covid-19.

Conformément à sa Déclaration sur la covid-19 et les droits sociaux (mars 2021), le Comité rappelle que dans le contexte de la crise de la covid-19, et en vue d'atténuer l'impact négatif de la crise et d'accélérer la reprise sociale et économique post-pandémique, chaque État partie doit évaluer si ses cadres juridiques et politiques existants sont adéquats pour garantir une réponse conforme à la Charte aux défis posés par la covid-19. Si ces cadres ne sont pas adéquats, l'État doit les modifier, y compris par l'adoption de toute mesure supplémentaire nécessaire pour garantir que l'État est en mesure de respecter ses obligations au titre de la Charte face aux risques pour les droits sociaux posés par la crise de la covid-19. Dans le même ordre d'idées, le Comité rappelle que la crise de la covid-19 ne dispense pas des exigences énoncées par sa jurisprudence de longue date concernant la mise en œuvre de la Charte et l'obligation des États parties de prendre des mesures qui leur permettent d'atteindre les objectifs de la Charte dans un délai raisonnable, avec des progrès mesurables et dans une mesure compatible avec l'utilisation maximale des ressources disponibles.

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

### *Conclusion*

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

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

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

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 »).

Dans sa conclusion précédente, le Comité a jugé la situation de la Lituanie conforme à l'article 3§2 de la Charte (Conclusions 2017). Par conséquent, l'appréciation du Comité portera uniquement sur les informations fournies par le gouvernement en réponse à la question ciblée.

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

Le Comité a 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 traiter du stress lié au travail, ainsi que des agressions et violences propres au monde du travail que subissent en particulier les travailleurs engagés dans des relations d'emploi atypiques. Il a demandé au gouvernement de fournir des informations sur ce point (Conclusions 2017).

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

Le rapport indique en réponse que pour faciliter la définition du processus d'identification des facteurs de risque psychosociaux liés aux conditions de travail changeantes et simplifier les dispositions afin d'aider les petites et moyennes entreprises à identifier ces risques, la réglementation relative à l'identification des risques psychosociaux dans le monde du travail a été modifiée par l'ordonnance n° V-153/A1-77 du ministre de la Santé et du ministre de la Sécurité sociale et du Travail du 5 février 2019. De plus, le rapport indique que le 1<sup>er</sup> mai 2019, le ministre de la Santé a adopté l'ordonnance n° V-590 concernant l'amélioration des compétences des spécialistes de la santé mentale, qui vise à réduire les effets du stress au travail sur la santé des travailleurs. Le rapport indique également qu'en 2020, le site web national sur la santé mentale Self-help a été lancé et qu'une nouvelle ordonnance du ministre de la Santé a été adoptée. Le Comité note que cette information se situe en dehors de la période de référence du présent cycle de rapports.

Le Comité note que les informations fournies en réponse à la question ciblée sont insuffisantes. 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 Lituanie soit conforme à l'article 3§2 de la Charte sur ce point.

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



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

Les États parties doivent s'assurer qu'il existe un droit légal de ne pas être pénalisé ou discriminé pour avoir refusé d'entreprendre un travail en dehors des heures normales de travail. Les États doivent également veiller à ce qu'il existe un droit légal à la protection contre la victimisation pour avoir porté plainte lorsqu'un employeur exige expressément ou implicitement que le travail soit effectué en dehors des heures de travail. Les États parties doivent veiller à ce que les employeurs aient l'obligation de mettre en place des dispositions pour limiter ou décourager le travail non comptabilisé en dehors des heures normales de travail, en particulier pour les catégories de travailleurs qui peuvent se sentir poussés à fournir des performances excessives (par exemple, pendant les périodes d'essai ou pour ceux qui ont des contrats temporaires ou précaires).

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

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

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

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

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

Le Comité a précédemment jugé la situation conforme sur ce point (Conclusions 2017). Le Comité a toutefois demandé si les autorités lituaniennes ont envisagé de dresser un inventaire de tous les bâtiments et matériaux contaminés à l'amiante. Il a par ailleurs demandé si les travailleurs bénéficiaient d'une protection d'un niveau au moins équivalent à celui fixé dans les Recommandations de la Commission internationale de protection contre les radiations (Publication 103 de la CIPR, 2007).

Le Comité prend note des informations fournies dans le rapport concernant la nouvelle classification des substances et mélanges chimiques, la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition aux substances cancérigènes ou mutagènes dans le travail, la législation lituanienne modifiée en la matière ainsi que la réglementation modifiée relative au travail comportant l'utilisation d'amiante.

Le Comité note toutefois que rien n'est dit dans le rapport concernant la protection des travailleurs à un niveau au moins équivalent à celui fixé dans les Recommandations de la Commission internationale de protection radiologique (Publication 103 de la CIPR, 2007). Cela étant, le Comité note que la Lituanie est membre de l'Union européenne et qu'elle a transposé la directive 2013/59/Euratom du Conseil fixant les normes de base relatives à la protection sanitaire contre les dangers résultant de l'exposition aux rayonnements ionisants.

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé que le prochain rapport contienne des informations sur les mesures permettant de surveiller et de contrôler que la protection

accordée par la réglementation aux travailleurs indépendants, aux travailleurs à domicile et aux employés de maison est appliquée dans la pratique (Conclusions 2017).

Le Comité note que les informations demandées sont traitées dans la conclusion au titre de l'article 3§3 de la Charte.

Le Comité prend note des informations fournies dans le rapport concernant les exigences minimales en matière de soins de santé à bord des navires.

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

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

#### *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 Lituanie.

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

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

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 et a estimé que la situation en Lituanie n'était pas conforme à l'article 3§3 de la Charte au motif que les mesures visant à faire diminuer le nombre d'accidents de travail mortels étaient insuffisantes (Conclusions 2017). Concernant les accidents du travail, le Comité a demandé que le rapport suivant fournisse des informations sur les causes les plus fréquentes d'accidents du travail et sur les mesures préventives et répressives prises pour leur prévention. Dans sa question ciblée posée au titre de l'article 3§3 concernant les accidents du travail et les 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 des 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 déclare qu'au cours de la période 2016-2019, le nombre d'accidents de travail mortels a diminué, passant de 37 en 2016 à 24 en 2019. Le taux d'incidence standardisé d'accidents du travail mortels a également diminué : de 3 en 2016 à 1,9 en 2019. Les données EUROSTAT fournissent des chiffres différents, mais confirment cette tendance à la baisse dans le nombre des accidents du travail mortels (44 en 2016 et 37 en 2019) et le taux d'incidence normalisé des accidents du travail non mortels (3.69 en 2016 et 3.01 en 2019). Le Comité note que ces chiffres sont nettement plus élevés que la moyenne de l'UE-28 : 1.69 dans l'UE et 3.69 en Lituanie en 2016 ; 1.65 dans l'UE et 2.77 en Lituanie en 2017 ; 1.63 dans l'UE et 3.05 en Lituanie en 2018.

D'après le rapport, les statistiques sur les accidents du travail mortels révèlent que les secteurs les plus dangereux sont l'agriculture, la distribution d'eau et l'assainissement, les transports, le stockage, la construction et les industries manufacturières. De plus, une analyse de la répartition des accidents du travail révèle que le groupe exposé au risque le plus élevé reste celui des salariés qui ont moins d'une année d'ancienneté (36 % des

accidents mortels). Le rapport ajoute toutefois que le nombre de salariés ayant perdu la vie dans un accident du travail survenu au cours du premier mois d'embauche est en constante diminution. D'après le rapport, ce progrès est imputable aux efforts de l'Inspection du travail qui, lors de ses inspections dans les entreprises, met spécifiquement l'accent sur la sécurité au travail des salariés en poste depuis moins d'un an.

Le rapport indique que sur la période 2016-2019, le taux d'incidence des accidents du travail non mortels a constamment augmenté, passant de 314.3 en 2016 à 378.4 en 2019. Toutefois, d'après le rapport, comme le taux moyen d'accidents du travail non mortels dans les États membres de l'UE est de 1557, les chiffres correspondants de la Lituanie sont relativement bons. Même si leurs chiffres diffèrent, les données EUROSTAT confirment cette conclusion, indiquant pour la Lituanie un taux d'incidence des accidents non mortels de 296.7 en 2016 (1,570.84 dans l'UE) et de 315.73 en 2018 (1,518.78 dans l'UE).

Le rapport déclare que la surveillance active des entreprises de construction en 2016-2019 et les activités systématiques d'éducation et de conseil menées par l'Inspection du travail, qui mettent spécialement l'accent sur les mesures de protection des salariés contre les chutes quand ils travaillent en hauteur sur les chantiers de construction, permet de contenir le nombre d'accidents mortels et non mortels. Des mesures similaires de pédagogie sont également organisées en faveur des secteurs de l'agriculture et de la sylviculture.

Le rapport indique que les statistiques des maladies professionnelles sont également en baisse, le nombre de maladies professionnelles déclarées étant passé de 461 en 2016 à 536 en 2017, 415 en 2018 et 366 en 2019. Sur la même période, le taux d'incidence de telles maladies est passé de 36.9 en 2016 à 38.6 en 2017, 32.6 en 2018 et 28.3 en 2019. Les principales maladies professionnelles diagnostiquées étaient les troubles musculosquelettiques et ceux du système nerveux causés par la manipulation de lourdes charges et le travail répétitif ; les pertes d'audition dues au bruit dans les industries manufacturières et les secteurs de la construction, des transports et de l'agriculture.

Etant donné le taux d'incidence excessivement élevé des accidents de travail mortels, le Comité maintient que la situation n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte au motif les mesures visant à faire diminuer le nombre d'accidents de travail mortels sont inadaptées. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées et détaillées sur les causes les plus fréquentes d'accidents de travail mortels et les mesures préventives et répressives prises pour leur prévention. Il réitère également ses questions ciblées sur ces aspects.

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a conclu qu'il n'était pas établi que l'inspection du travail assurait efficacement la santé et la sécurité au travail (Conclusions 2017). Il a demandé que le rapport suivant fournisse des informations sur les points suivants : tout changement du cadre général des activités de l'inspection du travail intervenu au cours de la période de référence ; le nombre, en distinguant les effectifs administratifs et les effectifs d'inspection, d'inspecteurs assignés au contrôle de l'application de la législation et la réglementation de sécurité et de santé au travail ; le nombre de visites de contrôle général, thématique, inopiné consacrées exclusivement à la législation et à la réglementation de santé et de sécurité au travail ; l'application de la législation et la réglementation relative à l'inspection du travail sur l'ensemble du territoire national dans la pratique ; le détail, par catégorie, des mesures administratives que les inspecteurs du travail sont habilités à prendre et le nombre de mesures effectivement prises pour chaque catégorie ; l'issue des affaires déferées au ministère public en vue d'engager des poursuites pénales ; et les données chiffrées pour chaque année de la période de référence. Le Comité ajoute qu'en vertu de l'article 3§3 de la Charte, les États Parties doivent prendre des mesures pour orienter davantage les contrôles de l'Inspection du travail vers les petites et moyennes entreprises.

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 ; et 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 répond qu'au cours des 5 dernières années, l'inspection du travail a apporté de l'aide et assuré des consultations pour les entreprises de toutes tailles sur les questions relatives au droit du travail et la sécurité et la santé des salariés. Dans cette période, l'Inspection du travail a accordé la priorité aux activités d'information et d'éducation ciblant les petites et moyennes entreprises et les entreprises existant depuis moins d'un an. Le rapport indique pour 2019 une augmentation du nombre de séminaires et de consultations organisés par l'inspection du travail sur la sécurité et la santé au travail.

Le rapport ajoute qu'au cours de la période de référence, le nombre d'entreprises inspectées et le nombre total d'inspecteurs n'ont pas changé. 9,668 entreprises ont été inspectées en 2016, et 9,560 en 2019. Il y avait 89 inspecteurs de la santé et de la sécurité au travail en 2016, et 79 en 2019. Toutefois, au cours de la période de référence, le nombre d'entreprises a constamment augmenté : de 104,100 en 2016 à 107,400 en 2019, tout comme le nombre total de salariés, qui est passé de 1,196,000 en 2016 à 1,222,000 en 2019. De plus, en 2019, par rapport à 2018, le nombre de sociétés de construction, qui est le secteur qui présente le plus haut risque pour les accidents du travail, a augmenté de 600 (de 8,420 à 9,020).

Le nombre d'entreprises où des inspections ont révélé des infractions des règles sanitaires et de sécurité était de 1,503 en 2016 et 1,327 en 2019. En 2016, la plupart des infractions au code du travail ont été constatées dans les micro-entreprises (52 % du total), une part qui est descendue à 28 % en 2019. En 2019, le plus grand nombre d'infractions à la législation sur le Service de sécurité et de santé ont été constatées dans les entreprises de la construction et des industries manufacturières.

Le rapport indique qu'en raison de violations règles sanitaires et de sécurité au travail, les activités de 26 sociétés ont été suspendues en 2016. Ce nombre est descendu à 9 en 2019. Le rapport ne fournit toutefois pas d'informations détaillées sur les mesures administratives que peuvent infliger les inspecteurs, ni sur le nombre de telles mesures effectivement prises au cours de la période de référence. Le rapport ne précise pas le nombre d'affaires déferées au ministère public en vue d'engager des poursuites pénales. Le Comité renouvelle par conséquent sa demande d'informations sur ces aspects.

En réponse à la question posée par le Comité, le rapport indique que l'inspection du travail est habilitée à contrôler tous les lieux de travail, indépendamment du régime de propriété, du type ou de la nature de l'activité de l'entreprise. Les inspecteurs ont le droit d'inspecter tous les lieux de travail, y compris les locaux d'habitation.

Le Comité considère, sur la base des informations fournies dans le rapport que malgré la nette augmentation du nombre d'entreprises, y compris dans le secteur de la construction, et nombre de salariés au cours de la période de référence, le nombre d'entreprises contrôlées et le nombre total d'inspecteurs du travail sont restés constants.

Le Comité souhaite trouver dans le prochain rapport des informations actualisées et détaillées sur la part des salariés couverts par les inspections et le pourcentage d'entreprises ayant fait l'objet d'une visite de contrôle portant sur la santé et la sécurité au cours de la période de référence. Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que rien ne permet d'établir que les activités de l'Inspection du travail sont efficaces dans la pratique.

### *Conclusion*

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

- les mesures visant à faire diminuer le nombre d'accidents du travail mortels sont insuffisantes ;
- il n'est pas établi que les services de l'Inspection du travail soient efficaces pour ce qui concerne la santé et la sécurité au travail.

### **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 Lituanie.

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 précédemment examiné le cadre des services de santé au travail mis en place par la Lituanie et a conclu que la situation n'était pas conforme à l'article 3§4 de la Charte au motif qu'en l'absence d'informations concernant les efforts déployés pour promouvoir l'institution progressive de services de santé au travail, l'existence d'une stratégie visant à instituer l'accès aux services de santé au travail pour tous les travailleurs dans tous les secteurs d'activité n'était pas établie (Conclusions 2017). Le Comité limitera donc son analyse aux réponses données par le gouvernement à la précédente conclusion de non-conformité.

Dans ses Conclusions 2013, le Comité a ajourné ses conclusions et a demandé des informations sur les points suivants : le contenu des services de santé au travail dans la pratique lorsque ces fonctions sont exercées par l'employeur, la mise à jour des informations concernant la proportion de services de sécurité et de santé au travail internes, la proportion de services de sécurité et de santé au travail externes, le taux de couverture par les médecins du travail, les modalités d'accès des travailleurs indépendants, intérimaires, temporaires et employés à durée déterminée aux services de santé au travail et les modalités de contrôle par l'Inspection nationale du travail du respect des obligations légales dans la pratique, notamment de l'obligation de doter les entreprises de services de sécurité et de santé au travail en rapport avec leurs effectifs et la nature des risques. Le Comité a également demandé des informations concernant l'existence d'une stratégie visant, en concertation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs, à améliorer l'accès aux services de santé au travail.

En l'absence de réponse aux questions soulevées dans les Conclusions 2013, le Comité a pris note, dans ses Conclusions 2017, des informations fournies par OSHWiki (encyclopédie collaborative mise au point par EU-OSHA – Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail – pour permettre le partage de connaissances, d'informations et de bonnes pratiques sur la sécurité au travail). Ces informations concernent l'organisation des services de santé et sécurité au travail dans les entreprises, et en particulier la mise en place de tels services au sein de chaque entreprise ou, faute de spécialistes en mesure d'assurer toutes les fonctions du service de santé et de sécurité au travail, la désignation de services ou de personnes externes assumant ces fonctions. Le Comité a invité les autorités à commenter ces observations et à fournir toutes informations utiles à cet égard.

Le rapport indique en réponse que la loi relative à la santé et à la sécurité au travail consacre le droit de tous les salariés à bénéficier de services de santé obligatoires sur le lieu de travail, services qui doivent être fournis par l'employeur. En vertu de cette loi, l'employeur doit approuver la liste des travailleurs qui ont impérativement besoin d'un suivi médical ainsi que le calendrier de ce suivi, dont il doit contrôler la bonne application. Un examen médical obligatoire doit être réalisé avant l'entrée en fonction du salarié, puis à intervalles réguliers.

D'après le rapport, la loi relative à la santé et à la sécurité au travail dispose que tous les employeurs doivent mettre en place un service de santé et de sécurité au travail au sein de leur entreprise ou recruter un spécialiste de ces questions. Les petites entreprises peuvent

conclure un accord avec une personne privée ou morale externe à l'entreprise pour la réalisation de ces services.

La procédure à suivre et les fonctions de ce service sont définies dans le Règlement modèle relatif aux services de santé et de sécurité dans les entreprises, qui a été approuvé par l'ordonnance n° 301 du ministre de la Santé sur « les examens de santé préventive dans les établissements de soins ». Ce règlement définit les tâches qui incombent aux spécialistes de la santé et de la sécurité dans toutes les entreprises (y compris les petites et très petites entreprises et les grandes entreprises). Ces fonctions consistent notamment à consulter l'employeur et les salariés sur les questions de santé et de sécurité au travail et à faire des propositions pour améliorer la situation concernant la santé et la sécurité au travail, à donner aux salariés des instructions en matière de santé et de sécurité, à organiser des formations sur les questions de santé et de sécurité au travail pour les salariés, à dresser la liste des salariés concernés par des examens médicaux obligatoires, à organiser et effectuer l'évaluation des risques professionnels dans l'entreprise ainsi qu'à élaborer des textes normatifs sur la santé et la sécurité, à participer à l'investigation, l'analyse et l'enregistrement des accidents du travail et des maladies professionnelles, à élaborer des mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et à contrôler leur application, à contrôler le respect, dans l'entreprise, des exigences imposées par la réglementation relative à la santé et à la sécurité au travail, etc.

Le rapport indique qu'en Lituanie, tous les travailleurs ont accès aux soins médicaux et sont consultés au sujet des conditions sanitaires et de travail, et que des mesures de prévention des risques professionnels sont prises. Les services de l'Inspection du travail contrôlent l'organisation de la prise en charge médicale au sein des entreprises ainsi que la mise en œuvre des instructions données par les spécialistes de la santé au travail. Ils contrôlent en particulier qu'un service de santé et de sécurité au travail a bien été mis en place dans l'entreprise et vérifient notamment que le nombre de spécialistes de la santé au travail est conforme aux exigences imposées par la législation compte tenu du type d'activité de l'entreprise, du nombre de salariés et des risques professionnels.

Selon le rapport, 21,5 % des entreprises ont recruté des spécialistes de la santé au travail et un tiers des entreprises ont conclu un accord de services de santé au travail avec une entité juridique externe. Les autres entreprises achètent des services à des établissements de santé pour la prise en charge sanitaire de leurs salariés.

Sur la base de ces données, le Comité considère qu'environ 45 % des entreprises achètent des services de santé pour leurs salariés à des établissements de santé. Il demande que le prochain rapport précise si le Règlement modèle relatif aux services de santé et de sécurité dans les entreprises s'applique également aux services fournis par des établissements de santé. Il demande aussi des informations sur le pourcentage de travailleurs couverts par les services de santé internes et externes et sur les services de santé fournis aux employés de maison, aux travailleurs indépendants et aux salariés de la fonction publique.

Le Comité demande aussi que le prochain rapport précise quelle est la proportion de médecins du travail par rapport à la population active et qu'il contienne des informations sur la progression du nombre de salariés suivis par des services de santé au travail par rapport à la période de référence précédente. Enfin, le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur d'éventuelles perspectives de ratification par la Lituanie 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 Lituanie.

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.

Le Comité a précédemment conclu que la situation de la Lituanie n'était pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif qu'il n'avait pas été établi que des mesures suffisantes avaient été prises pour garantir le droit d'accès aux soins de santé dans la pratique (Conclusions 2017). Par conséquent, l'appréciation du Comité ne portera que sur les informations fournies par le gouvernement en réponse au constat de non-conformité et aux questions ciblées.

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

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

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

Le rapport indique que l'espérance de vie à la naissance était de 76,43 ans en 2019 (77,31 ans en milieu urbain et 74,83 ans en milieu rural). En outre, en 2019, l'espérance de vie des hommes à la naissance était de 71,53 ans contre 81,04 ans pour les femmes.

Le Comité relève que, d'après les données de la Banque mondiale, l'espérance de vie à la naissance (moyenne pour les deux sexes) a augmenté depuis la dernière période de référence (passant de 74 ans en 2015 à 76 ans en 2019). Toutefois, l'espérance de vie reste faible par rapport aux autres pays européens. Ainsi, d'après les estimations publiées par Eurostat, l'espérance de vie à la naissance en Lituanie est de cinq ans inférieure à celle de la moyenne des 27 pays de l'Union européenne (81,3 ans en 2019). D'après le rapport « Lituanie : Profil de santé par pays 2019 », établi par l'OCDE et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé avec la Commission européenne, le pays avait en 2017 l'une des espérances de vie à la naissance les plus faibles de l'Union européenne.

Le Comité relève également que, selon les données fournies dans le rapport, les femmes lituanaises ont une espérance de vie plus élevée que les hommes (près de 10 ans d'écart). D'après le rapport « Lituanie : Profil de santé par pays 2019 », cette disparité entre hommes et femmes représente le deuxième écart le plus important de l'Union européenne et est

principalement dû au fait que les hommes sont davantage exposés à des facteurs de risque tels que le tabagisme ou la consommation excessive d'alcool (OCDE, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Commission européenne). Le même rapport indique que l'on estime à plus de la moitié les décès en Lituanie pouvant être attribués à des facteurs de risque comportementaux, notamment les risques alimentaires, le tabagisme, la consommation d'alcool et le manque d'activité physique (cette proportion est bien supérieure à la moyenne de l'Union européenne établie à 39 %).

Le Comité observe dans la même source que bon nombre de facteurs de risque comportementaux en Lituanie sont plus fréquents chez les personnes ayant un niveau d'éducation ou de revenus plus faibles. Par exemple, deux tiers des personnes appartenant au quintile des revenus les plus élevés se considéraient en bonne santé, contre seulement un quart des personnes appartenant au quintile des revenus les plus bas. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les mesures prises pour remédier à la prévalence plus marquée des facteurs de risque chez les groupes socialement défavorisés et à l'écart d'espérance de vie entre les femmes et les hommes. Il réserve sa position sur ce point.

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 Comité note que d'après le rapport « Lituanie : Profil de santé par pays 2019 », le pays avait en 2016 le taux le plus élevé de l'Union européenne de mortalité évitable et le deuxième taux de mortalité le plus élevé pour des maladies traitables. Selon ce même rapport, les maladies cardiovasculaires et le cancer constituent les principales causes de décès, tandis que le suicide reste une cause importante de décès, notamment chez les hommes. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les principales causes de décès et sur les mesures prises pour s'y attaquer et réduire la mortalité due à des causes évitables et traitables.

### **Accès aux soins de santé**

Le Comité a précédemment conclu que la situation de la Lituanie n'était pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif qu'il n'avait pas été établi que des mesures suffisantes avaient été prises pour garantir le droit d'accès aux soins de santé dans la pratique (Conclusions 2017). Il avait alors constaté que les paiements informels en espèces aux médecins tout comme le ticket modérateur élevé demeuraient un problème dans le pays (Conclusions 2017).

Le rapport ne fournit aucune information en lien avec le précédent constat de non-conformité sur ce point. Le Comité relève dans une autre source que la part du reste à charge représentait presque un tiers (32 %) de l'ensemble des dépenses de santé en Lituanie, soit plus du double de la moyenne de l'Union européenne en 2017 (Source : « Lituanie : Profil de santé par pays 2019 », OCDE, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et Commission européenne ). Le même rapport indique que la part élevée du reste à charge crée des difficultés financières, en particulier pour les ménages à faibles revenus. Le Comité note par ailleurs qu'en 2017, la Lituanie avait consacré 6,5 % du PIB aux dépenses de santé, soit le cinquième taux le plus faible de l'Union européenne, un taux nettement inférieur à la moyenne de l'Union, qui s'établissait à 9,8 % du PIB (Source : « Lituanie : Profil de santé par pays 2019 » OCDE, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et Commission européenne).

Compte tenu de l'absence d'informations dans le rapport national et ayant relevé dans d'autres sources que la situation ne s'est pas améliorée depuis la période de référence précédente (le montant du ticket modérateur était de 31,5 % et les dépenses de santé représentaient 6,2 % du PIB en 2014), le Comité considère que la situation de la Lituanie

n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif que les mesures prises pour garantir de manière efficace le droit d'accès aux soins de santé ont été insuffisantes.

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

Le Comité a demandé, sous forme de question ciblée, des informations sur les services de soins de santé sexuelle et reproductive pour les femmes et les filles (y compris l'accès aux services d'avortement) ainsi que des informations statistiques sur les maternités précoces (jeunes filles mineures) et sur les taux mortalité infantile et maternelle. Il a également demandé des informations sur les politiques destinées à éliminer autant que possible les causes des anomalies observées.

Le rapport indique que les services de santé reproductive sont intégrés dans le système de santé. Toute personne couverte par l'assurance maladie obligatoire et ayant droit à des services de soins de santé individuels financés par le budget du Fonds d'assurance maladie obligatoire peut bénéficier de tous les services dont elle a besoin, à condition que ces services répondent aux exigences requises pour la prestation de services approuvées par le ministre de la Santé et que l'établissement de soins de santé ait conclu un accord avec le Fonds territorial d'assurance maladie concernant la prestation de ces services. Le Comité demande si les femmes et les filles ont bien accès gratuitement aux services de soins de santé sexuelle et reproductive.

Le rapport indique en outre que les services de soins prénataux, postnataux et néonataux sont fournis conformément à la « Description de la procédure prévue pour la prestation de soins de santé pour les femmes lors de la grossesse et de de l'accouchement, ainsi que pour les nouveau-nés, approuvée par l'ordonnance n° V-900 du ministre de la Santé de la République de Lituanie du 23 septembre 2013. » Cette dernière établit les exigences en matière de dépistage prénatal, la procédure relative à la prestation de conseils urgents en matière de soins de santé prénataux, postnataux et néonataux, ainsi que les indicateurs de qualité des établissements de soins de santé fournissant des services (nombre de césariennes, nombre d'accouchements par an). Elle définit également les exigences pour la formation des professionnels de santé qui fournissent des services prénataux, postnataux et néonataux.

Le Comité relève dans les Observations finales du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) que le CEDAW s'inquiétait du fait que, malgré l'existence d'un système d'assurance maladie obligatoire, l'accès effectif aux services de santé de base, y compris aux services de santé sexuelle et reproductive et aux contraceptifs modernes, demeurerait limité pour les filles et les jeunes femmes, y compris les filles et les femmes des zones rurales, ainsi que les filles et les femmes roms (CEDAW, Observations finales relatives au sixième rapport périodique de la Lituanie , CEDAW/C/LTU/CO/6, 12 novembre 2019 ).

Le Comité demande des informations sur les mesures prises pour veiller à ce que les femmes et les filles, dont les femmes et les filles roms, aient accès à la contraception moderne, notamment dans les zones rurales. Il demande également des informations sur la part du coût des contraceptifs qui n'est pas couverte par l'État (lorsque cette dépense n'est pas totalement remboursée par ce dernier).

En ce qui concerne l'avortement, le rapport indique qu'il est encadré par l'ordonnance n° 50 du ministre de la Santé de la République de Lituanie du 28 janvier 1994 sur la procédure d'interruption de grossesse. Le rapport indique qu'en cas d'interruption volontaire de grossesse, les services de soins de santé individuels ne sont pas financés par le Fonds d'assurance maladie obligatoire. L'avortement chirurgical pour raisons médicales est financé par le budget du Fonds. Dans tous les cas, le consentement de la femme (et, de préférence, de son conjoint) est nécessaire pour interrompre la grossesse.

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

Le rapport fournit également des données statistiques sur les grossesses précoces. Il indique qu'au cours de la période de référence, le nombre de naissances vivantes chez les jeunes filles mineures a diminué. Le Comité demande si les filles de moins de 18 ans ont bien accès au planning familial et à la contraception.

Le rapport indique que le taux de mortalité infantile (nombre d'enfants décédés pour 1 000 naissances vivantes) a baissé depuis la dernière période de référence, passant de 4,2 en 2015 à 3,3 en 2019. D'après la base de données Eurostat, en 2019, la moyenne des 27 pays de l'Union européenne s'établissait à 3,4 enfants décédés pour 1 000 enfants nés vivants.

Concernant la mortalité maternelle, le rapport indique que 6,5 décès de femmes pour 100 000 naissances vivantes ont été enregistrés en 2016, 7 en 2017, 14,2 en 2018 et 11 en 2019 (source : Bureau national de la statistique de Lituanie). Le Comité relève que, selon les dernières données disponibles de la Banque mondiale, le taux de mortalité maternelle a diminué depuis la dernière période de référence, passant de 9 décès de femmes pour 100 000 naissances vivantes en 2015 à 8 en 2016 et 2017. Il note que la moyenne des pays de l'Union européenne s'établissait en 2017 à six femmes décédées pour 100 000 enfants nés vivants.

Le Comité observe dans le rapport que le taux de mortalité maternelle a augmenté au cours de la période de référence, atteignant respectivement 14,2 et 11 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2018 et 2019. Notant la tendance inquiétante à l'augmentation de la mortalité maternelle qui, examinée conjointement avec la faible espérance de vie, indique une faiblesse du système de santé, le Comité demande des informations à jour sur le taux de mortalité maternelle dans le prochain rapport et des informations sur les mesures prises pour y remédier et améliorer la santé des mères. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

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

Le Comité rappelle que la reconnaissance par l'État de l'identité de genre d'une personne est en soi un droit reconnu par le droit international des droits de l'homme, y compris par la Cour européenne des droits de l'homme, et qui revêt de l'importance pour garantir le plein exercice de tous les droits de l'homme. Il rappelle 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, conformément à l'article 17, paragraphe 2, de la loi relative aux droits des patients et à l'indemnisation en cas de préjudices causés à la santé, toute procédure chirurgicale, invasive et/ou interventionnelle spécifique requiert le consentement éclairé du patient. Ce consentement doit être donné par écrit en signant un formulaire qui répond aux exigences approuvées par le ministre de la Santé, sauf dans les cas où l'intégrité des tissus et/ou des organes n'est pas affectée au cours de la procédure invasive et/ou interventionnelle ou lorsque les effets indésirables potentiels ne sont que temporaires et mineurs pour la santé du patient.

### **Covid-19**

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

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

En ce qui concerne la prise en charge des personnes malades, le rapport ne répond pas aux questions du Comité. Ce dernier demande donc à nouveau que le prochain rapport sur l'article 11§1 évalue les mesures prises pour soigner les malades (nombre suffisant de lits d'hôpital, y compris d'unités et d'équipements de soins intensifs et déploiement rapide d'un nombre suffisant du personnel médical). Il demande également que le rapport indique les mesures prises ou envisagées à la suite de cette évaluation.

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

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

Pendant une pandémie, les États doivent prendre dans les plus brefs délais toutes les mesures possibles, telles que mentionnées ci-dessus, en utilisant au mieux les ressources financières, techniques et humaines mobilisables, et par tous les moyens appropriés, tant nationaux qu'internationaux, y compris l'assistance et la coopération internationales

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

*Conclusion*

Le Comité conclut que la situation de la Lituanie n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif que les mesures prises pour garantir de manière efficace le droit d'accès aux soins de santé ont été insuffisantes.

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

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

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

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 Lituanie était conforme à l'article 11§2 de la Charte, dans l'attente des informations demandées (Conclusions 2017).

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

Dans ses questions ciblées, le Comité a demandé des informations sur l'éducation à la santé (y compris les cours d'éducation sexuelle et reproductive) et les stratégies de prévention associées (notamment par le développement du sens de la responsabilité individuelle comme facteur pouvant être utile pour lutter contre les comportements d'automutilation, les troubles alimentaires et la consommation d'alcool et de drogues) au sein de la population tout au long de la vie ou en formation continue, et à l'école. Il 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 fournit des informations détaillées sur les mesures et activités déployées (campagnes d'information, programmes de formation, services de conseil et d'éducation, etc.) dans le cadre de divers programmes destinés au grand public. Ces activités couvrent de nombreux domaines, dont la prévention de la consommation d'alcool, de tabac, de drogues et d'autres substances psychoactives, la dépression et l'anxiété, la prévention du suicide, le bien-être psychologique, etc.

En ce qui concerne l'éducation à la santé à l'école, le rapport indique que les établissements suivent le Programme général d'éducation à la santé et à la sexualité et de préparation à la vie familiale, approuvé par l'arrêté n° V-941 du ministre de l'Éducation et des Sciences du 25 octobre 2016, afin de développer, entre autres, des compétences en matière de modes de vie sains ainsi que des activités de promotion de la santé et de prévention des habitudes nocives. Il vise à intégrer l'éducation à la santé dans la vie scolaire en organisant et réalisant diverses activités de promotion de la santé. Le Comité relève que le programme couvre tout un éventail de questions, comme la conscience de soi, l'identité de genre, le harcèlement, le bien-être social et affectif de l'enfant, le développement sexuel (orientation sexuelle et identité de genre, comportement sexuel responsable, diversité sexuelle, discrimination, exclusion), etc. Le Comité prend également note des activités de promotion de la santé des élèves (activité physique, éducation à un mode de vie sain, création d'un environnement sûr, sécurité des comportements dans l'eau) qui ont été menées au cours de la période de référence.

En ce qui concerne l'éducation à la santé dans les établissements d'éducation et de formation professionnelle, le rapport indique qu'en 2016-2017, l'Institut d'hygiène a mené une étude pour identifier les activités de promotion de la santé et les facteurs favorisant leur réalisation dans les établissements concernés. L'étude a montré que plusieurs questions – éducation sexuelle, alimentation saine, promotion de l'activité physique, tabagisme, usage de substances psychoactives, prévention du harcèlement – sont intégrées dans différentes matières (biologie, éducation physique, éducation morale, etc.).

Le rapport indique que depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2017, les écoles doivent faire en sorte que chaque enfant participe à au moins un programme de prévention des habitudes nocives, conformément à la loi sur l'éducation modifiée en 2016. Chaque école est responsable de l'identification de ses besoins les plus urgents et de la sélection d'un ou de plusieurs programmes de prévention parmi les 22 figurant dans la liste des programmes de prévention recommandés par le ministère de l'Éducation, des Sciences et des Sports. Le Comité constate que, selon les données statistiques fournies dans le rapport, le nombre d'écoles mettant en œuvre des programmes préventifs est en constante augmentation.

Le rapport indique également que le Service de contrôle des drogues, du tabac et de l'alcool a entrepris d'appliquer les normes de qualité européennes en matière de prévention de l'usage de substances psychoactives et organise des formations pour les praticiens au niveau national depuis 2016.

Le Comité relève dans le rapport que les praticiens de la santé publique qui travaillent dans les écoles préparent un plan d'action annuel de santé publique pour une école donnée. Ce plan aborde des sujets importants qui intéressent la communauté scolaire au premier chef et sera mis en œuvre au cours de l'année dans le cadre de diverses activités (formations, débats, cours, etc.) L'enquête en ligne menée en 2020 a montré que les praticiens de la santé publique ont inclus les troubles alimentaires, la consommation d'alcool, de tabac et de drogues, la prévention du suicide et la violence dans leurs derniers plans d'action annuels. Le rapport précise que les enseignants aussi sont impliqués dans la mise en œuvre du Programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de préparation à la vie familiale approuvé par le ministère de l'Éducation, des Sciences et des Sports.

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la situation de la Lituanie 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). Toutefois, il a demandé des informations à jour sur ce point. Il a également demandé des informations à jour sur les taux de couverture (nombre de personnes dépistées au sein de la population visée) et sur l'impact des programmes de dépistage sur les taux de diagnostic précoce, les taux de survie, etc. Le Comité réitère ses questions.

### *Conclusion*

Le Comité conclut que la situation de la Lituanie est conforme à l'article 11§2 de la Charte.



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

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

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

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 ajourné sa conclusion (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 mentionne brièvement l'adoption, en 2020, d'une nouvelle réglementation sur l'organisation et la mise en place de services de santé en milieu carcéral, qui semble conférer au ministère de la Santé davantage des responsabilités dans ce domaine. Cette évolution répondrait à une série de recommandations émises de longue date par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), notamment dans son dernier rapport sur la Lituanie, paru en 2019.

Le Comité demande à recevoir des informations plus détaillées sur le contenu et la mise en œuvre de la réglementation en question, et plus précisément, sur les dispositions institutionnelles adoptées pour assurer de soins de santé en milieu carcéral, les effectifs du personnel et les autres ressources, les modalités pratiques, les examens médicaux pratiqués à l'arrivée, l'accès à des soins spécialisés, la prévention des maladies transmissibles et l'offre de soins de santé mentale, entre autres.

### ***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 contient quelques informations sur l'actuel processus de désinstitutionalisation des personnes handicapées en Lituanie. Cette question est traitée de façon plus détaillée sous l'angle de l'article 15§3 de la Charte (Conclusions 2020).

Le rapport indique aussi brièvement que des soins de santé mentale sont dispensés au sein d'établissements de soins hospitaliers et ambulatoires, et qu'un plan d'action visant à lutter contre les effets négatifs à long terme de la pandémie de covid-19 sur la santé mentale a été adopté.

Dans le rapport qu'il a publié en 2017 à la suite de sa visite en Lituanie, le Commissaire aux droits de l'homme soulignait le taux élevé de suicide et l'importance du harcèlement scolaire. Les infrastructures de santé mentale pour les enfants et les jeunes restaient néanmoins fragmentées et manquaient de ressources humaines et financières, et les traitements reposaient essentiellement sur la pharmacothérapie. Le Commissaire notait qu'il n'existait pas, dans le pays, de stratégie complète pour la prévention du suicide chez les jeunes et pour la mise en place de services de soutien psychologique à l'intention des groupes à risque.

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.

Dans le droit fil du Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030 de l'OMS et des autres normes pertinentes, le Comité considère qu'une approche de la santé mentale qui soit respectueuse des droits de l'homme doit au minimum : a) viser à 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) intégrer les soins de santé mentale dans des structures de soins de santé primaires de proximité, en particulier en remplaçant les hôpitaux psychiatriques de long séjour par des structures médicales 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 demande à recevoir des informations plus détaillées en réponse à la question ciblée, concernant notamment l'existence et l'étendue des services de soins psychiatriques de proximité et la transition des anciennes grandes institutions vers ces services. Il demande également des informations statistiques sur les actions menées sur le terrain pour évaluer la santé mentale et les besoins en la matière des populations vulnérables, ainsi que sur les mesures proactives adoptées pour veiller à ce que les personnes ayant besoin de soins psychiatriques ne soient pas négligées. Au vu de ce qui précède, le Comité demande en outre des informations sur les mesures prises pour réduire le nombre de suicides.

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

Le rapport contient des données ventilées par âge sur le nombre de décès liés à la drogue ; celles-ci font apparaître une diminution de tels décès pendant la période de référence (109 décès en 2016, contre 52 en 2019). Il présente également diverses données épidémiologiques qui semblent indiquer une tendance positive en ce qui concerne le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), l'injection constituant un facteur de risque dans la transmission de ce dernier ; en revanche, il est moins précis en ce qui concerne les modes de transmission des virus de l'hépatite B et de l'hépatite C. Des traitements de substitution aux opiacés sont administrés dans 22 centres spécialisés dans les troubles de la santé mentale, mais la couverture territoriale est inégale. Un décret spécial adopté par le ministère de la Santé en 2006 définit un ensemble obligatoire de services pour les usagers de drogues par injection ; ceux-ci concernent notamment l'échange de seringues/d'aiguilles, la distribution de matériels désinfectants et de préservatifs, la mise en place d'une éducation à la santé pour réduire les comportements à risque, et l'apport d'informations et de conseils. La naloxone est disponible sur ordonnance. Par ailleurs, un programme national pour le contrôle de la consommation de drogues, de tabac et d'alcool 2018–2028 a été adopté en 2018 dans le but de coordonner et de mettre en œuvre la politique dans ce domaine. Le rapport contient aussi des informations sur la prévalence de la toxicomanie et sur les mesures de réduction des risques en milieu carcéral. Il fait état d'une augmentation du nombre d'infections au VIH pendant la période de référence. S'agissant des traitements de substitution aux opiacés, il précise également que seuls les détenus qui suivaient déjà un tel traitement avant leur arrestation peuvent en bénéficier. Enfin, les services d'échange d'aiguille et la naloxone ne sont pas disponibles dans les établissements pénitentiaires.

Le Comité renvoie aux préoccupations exprimées de longue date par le CPT, et notamment dans son dernier rapport en date sur la Lituanie, publié en 2019, concernant l'omniprésence de la drogue en milieu carcéral, le niveau élevé de violence entre détenus, l'intimidation et l'exploitation qui y sont associés, et le risque élevé que les détenus ne deviennent dépendant à la drogue ou ne contractent le VIH et l'hépatite C pendant leur séjour en prison en partageant leur matériel d'injection.

Le Comité demande à recevoir des informations sur les mesures prises 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.

En outre, dans ses conclusions précédentes, le Comité avait renouvelé sa demande d'informations sur les mesures concrètes ayant été prises pendant la période de référence concernant notamment la législation environnementale et la réglementation relative à la prévention des risques prévisibles, ainsi que sur les niveaux et les évolutions de la situation concernant la pollution de l'air et de l'eau, la gestion des déchets et la sécurité alimentaire (Conclusions 2017). Le Comité avait souligné que dans l'hypothèse où de telles informations ne seraient pas fournies, rien ne permettrait d'établir que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Dans le rapport, les autorités décrivent 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 liées à l'activité de sites industriels, notamment l'adoption de réglementations sur les zones de protection sanitaire (en 2019), ainsi que sur les évaluations de l'impact sur la santé publique, la pollution due à l'activité des centrales nucléaires, l'octroi de permis pour l'exploitation de sites industriels et le démantèlement de ceux-ci. Le rapport décrit en outre la réglementation en vigueur concernant la pollution et la gestion de la qualité de l'air, qui régit notamment les questions des plafonds d'émissions, les évaluations de l'impact sur l'environnement, les permis d'émission et la surveillance de l'environnement. Pendant la période de référence, la situation relative à la pollution de l'air a été positive. En effet, les concentrations moyennes en PM10, PM2.5, NO2, benzène et métaux lourds n'ont pas dépassé les valeurs cibles. Le rapport contient également des informations sur les mesures de prévention et de surveillance de la pollution de l'eau, la réglementation et les cibles relatives à la gestion des déchets et les mesures visant à sensibiliser le public à l'environnement.

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

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

Le rapport souligne que la Lituanie a alloué des fonds à des initiatives nationales et internationales visant à développer des vaccins et d'autres solutions dans le contexte de la pandémie de covid-19.

### ***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 n'apporte pas de réponse sur ce point.

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 conclut que la situation de la Lituanie est conforme à l'article 11§3 de la Charte.

## **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 Lituanie.

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

Selon le rapport, en 2019, 99 % de l'ensemble de la population était couverte par le régime d'assurance pour les soins de santé ; le taux de couverture de la population active (1 470 380 personnes) atteignait 97 % dans la branche chômage, 98 % dans la branche maladie, 99 % dans la branche vieillesse, 99 % dans la branche handicap, 98 % dans la branche maternité et 92 % dans la branche accidents du travail et maladies professionnelles.

### **Caractère suffisant des prestations**

D'après Eurostat, le revenu médian ajusté était de 3 793 € par an en 2015. Le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté, s'élevait à 316 € par mois. Le seuil de 40 % du revenu médian ajusté correspondait à 253 € par mois. Le revenu minimum était de 551 € par mois en 2019.

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

S'agissant des **prestations de maladie**, le Comité relève dans le rapport que les modifications de la loi sur les prestations de sécurité sociale en cas de maladie et de maternité ont été adoptées en juin 2016 et sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017. Fin 2019, le montant minimum des prestations de sécurité sociale en cas de maladie ne pouvait être inférieur à 11,64 % du salaire mensuel moyen national (148,76 €). Cependant, d'après le rapport, ce montant minimum des prestations de maladie est versé aux travailleurs à temps partiel ou à ceux qui n'ont pas atteint le montant minimum des revenus soumis à cotisations sociales sur trois mois consécutifs au cours de l'année civile. Selon le rapport, les indemnités de maladie sont plus élevées pour les travailleurs qui perçoivent le salaire minimum. En 2020, lorsque le salaire minimum était fixé à 607 €, en cas d'incapacité temporaire de travail, le travailleur bénéficiait de prestations de maladie à hauteur de 374 € par mois. Le Comité estime qu'en 2019, un travailleur rémunéré au salaire minimum percevait 336 € de prestations de maladie. Il demande si cette estimation est correcte et invite les autorités à fournir dans le prochain rapport des informations sur le montant des prestations de maladies versées à un travailleur percevant le salaire minimum et sur le taux de remplacement concernant ces prestations.

En ce qui concerne les **prestations de chômage**, le Comité note que les modifications apportées à la loi susmentionnée ont entraîné un changement des conditions d'octroi de ces prestations, en réduisant la période d'emploi requise de 18 mois à 12 mois et en révisant la formule de calcul du montant des prestations. S'agissant du montant minimum des indemnités, selon le rapport, la part fixe des prestations de chômage correspondait à 23,3 % du salaire minimum mensuel. La part variable était quant à elle calculée sur la base des revenus moyens mensuels soumis à cotisations sociales du travailleur. Le Comité note que la part fixe de ces prestations est toujours complétée par la part variable, elle ne constitue donc pas à elle seule le niveau minimum versé au salarié. D'après le rapport, la part fixe des prestations de chômage s'élevait à 129 € en 2019 (soit 23,3 % du salaire minimum). Par conséquent, avec la part variable, le travailleur bénéficiait de prestations de chômage d'un montant de 341 €. Le Comité considère que le montant minimum des prestations de chômage est adéquat.

Concernant les **prestations de vieillesse**, le Comité prend note de la réforme mise en place en 2018 qui a modifié la structure du système de retraite, introduit des points de retraite et

fixé les règles d'indexation. La pension d'assurance sociale se compose d'une part générale et d'une part individuelle. Le Comité relève que le montant de la pension de base en 2019 s'établissait à 164,59 € et la pension de vieillesse moyenne à 344 €. En moyenne, la pension d'invalidité s'élevait à 225 €. Le Comité demande quels sont les montants minimums de la pension d'assurance sociale et de la pension d'invalidité dont bénéficierait une personne percevant le revenu minimum dans le cadre du nouveau système, en comptant ou non les années de cotisation obligatoires. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

#### *Conclusion*

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

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

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

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

Le Comité rappelle qu'il a été demandé aux Etats de répondre à deux questions ciblées pour l'article 12§3 de la Charte ainsi que, le cas échéant, aux conclusions précédentes de non-conformité ou d'ajournement (voir l'annexe à la lettre du 3 juin 2020 par laquelle le Comité a demandé un rapport sur la mise en œuvre de la Charte s'agissant des dispositions du groupe thématique « Santé, sécurité sociale et protection sociale »).

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

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

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

### **Travailleurs des plateformes numériques**

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

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

Dans son rapport, le Gouvernement indique que compte tenu des changements fondamentaux qui s'opèrent sur le marché du travail (y compris l'émergence de nouvelles formes de travail), le système de sécurité sociale lituanien veut garantir l'accès de tous les travailleurs (salariés et indépendants) à une protection sociale adéquate, de même que la transparence et la transférabilité des droits de sécurité sociale. Dans ce contexte, le système de sécurité sociale est en cours de modernisation ; une réforme de grande ampleur a été engagée au début de l'année 2017. Cette réforme vise notamment à intégrer les travailleurs indépendants au système de sécurité sociale de l'Etat et à inclure les différents groupes de travailleurs des plateformes (par exemple, les personnes travaillant dans le domaine des services de livraison à vélo) dans la catégorie « travailleurs indépendants »



aux fins d'étendre leur couverture sociale et d'améliorer leurs prestations d'assurance sociale. Le Gouvernement ajoute que plusieurs types de travailleurs indépendants ont déjà été intégrés au système de sécurité sociale de l'Etat et sont affiliés à l'assurance maladie et à l'assurance maternité. Un certain nombre de défis subsistent toutefois, par exemple pour garantir que les travailleurs indépendants puissent – au moins volontairement – être assurés contre les risques de chômage et d'accidents du travail (régime de sécurité sociale lituanien).

Le Gouvernement précise qu'en 2016, il y avait en Lituanie 155 400 travailleurs indépendants (96 500 hommes et 58 900 femmes), ce qui représentait 11,4 % de l'ensemble de la population active. La grande majorité des travailleurs indépendants (129 200, soit 83,1 %) travaillaient à temps plein ; 26 200 (soit 16,9 %) travaillaient à temps partiel.

Le Comité prend note de ces informations, qui sont utiles mais ne lui permettent pas d'avoir une image complète de la couverture sociale dont bénéficient les travailleurs des plateformes numériques. Il demande que le prochain rapport contienne des informations détaillées et actualisées sur le nombre de travailleurs des plateformes numériques/leur proportion (pourcentage) par rapport au nombre total de travailleurs, leur statut (salariés, indépendants et/ou autre catégorie), le nombre/pourcentage de ces travailleurs par statut ainsi que la couverture sociale dont ils bénéficient (par statut). Le Comité demande également si, dans le cadre de la réforme débutée en 2017, des mesures ont été prises ou sont envisagées pour continuer à améliorer la couverture sociale des travailleurs des plateformes numériques.

### **Covid-19**

En réponse à la seconde question, le Gouvernement mentionne plusieurs mesures mises en place dans le domaine de la sécurité sociale pour atténuer l'impact de la crise liée à la covid-19. Parmi ces mesures figurent notamment le versement des prestations suivantes :

- une allocation mensuelle (257 €) aux travailleurs indépendants, à certaines conditions – près de 98 000 bénéficiaires d'avril à mi-décembre 2020 ;
- une aide financière (6 980,50 €) aux travailleurs indépendants désireux de changer d'activité économique (après avoir perçu l'allocation mensuelle précitée) – environ 1 600 bénéficiaires de juillet à mi-décembre 2020 ;
- une allocation mensuelle, durant six mois, aux chômeurs qui ne participent pas aux mesures actives de la politique du marché du travail (200 € pour les chômeurs qui ne perçoivent pas d'allocations de chômage, et 42 € pour ceux qui perçoivent des allocations de chômage) – environ 302 000 bénéficiaires de juillet à mi-décembre 2020 ;
- une indemnité forfaitaire (200 €) aux bénéficiaires d'une pension de retraite qui résident en Lituanie – près de 867 000 bénéficiaires d'août à mi-décembre 2020.

De plus, la liste des prestations de l'assurance maladie a été élargie pour inclure, entre autres, le paiement d'indemnités pour arrêt de travail : aux salariés devant s'occuper de personnes âgées ou handicapées, en cas de fermeture d'institutions prenant en charge ces personnes (paiement de 65,94 % du salaire) ; aux travailleurs (parents, tuteurs, grands-parents) devant s'occuper d'enfants inscrits dans un établissement scolaire jusqu'au niveau IV inclus, en cas d'introduction de l'enseignement à distance obligatoire (paiement de 65,94 % du salaire) ; aux personnes souffrant d'une maladie chronique grave conformément à la liste établie par le ministère de la Santé (paiement de 62,06 % du salaire) ; aux salariés adultes qui sont soumis à une obligation de confinement, par exemple pour avoir été en contact avec une personne infectée par le coronavirus, et n'ont pas la possibilité de travailler à distance (paiement de 62,06 % du salaire). Le Gouvernement précise que 494 324 certificats d'arrêt de travail et maladie (covid-19) ont été délivrés (pour confinement, maladie, garde d'enfants/de membres de la famille) et un total de près de 174 millions € a été payé entre mars et la mi-décembre 2020.

### *Conclusion*

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

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

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

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

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

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

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

Il ressort du rapport que les ressortissants d'autres États parties qui résident légalement en Lituanie sont soumis aux mêmes obligations que les Litvaniens pour ce qui concerne les cotisations au fonds national d'assurance sociale versées par les travailleurs salariés ou indépendants. Les travailleurs salariés ayant un contrat de travail en Lituanie sont obligatoirement couverts par l'assurance sociale obligatoire (pension, maladie, maternité, chômage, accidents du travail et maladies professionnelles). En vertu de l'article 3 (par. 1) de la loi sur les prestations de sécurité sociale en cas de maladie et de maternité, l'assuré est une personne physique qui, selon la loi, cotise au fonds national d'assurance sociale pour elle-même et pour laquelle les cotisations sont payées ou dues, conformément à la procédure établie par la loi sur l'assurance sociale publique. En cas d'accident du travail et de maladie professionnelle, le bénéfice des prestations n'est soumis à aucune condition de durée minimum d'assurance. Le travailleur doit être couvert par l'assurance accidents du travail-maladies professionnelles à la date de l'accident ou de la maladie. L'octroi des pensions servies au titre de l'assurance sociale n'est pas soumis à une condition de nationalité. La pension de vieillesse est servie aux personnes qui vivent en Lituanie et qui satisfont aux conditions applicables au type de pension concerné (durée minimale d'assurance, âge, incapacité de travail, etc.). Le Comité constate ainsi que la législation garantit l'égalité d'accès au régime de sécurité sociale. Il demande si le droit aux prestations de la sécurité sociale (non contributives, par exemple) est soumis à une durée de résidence.

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

Le Comité rappelle par ailleurs que les allocations pour enfants à charge sont prévues par plusieurs dispositions de la Charte, en particulier les articles 12§1 et 16. En vertu de l'article 12§1, les États parties ont l'obligation d'établir et de maintenir un système de sécurité sociale comprenant une branche de prestations familiales. En vertu de l'article 16, les États parties sont tenus d'assurer la protection économique de la famille par des moyens appropriés. Le principal moyen devrait consister en des prestations pour enfants versées

dans le cadre de la sécurité sociale, prestations qui peuvent être universelles ou subordonnées à une condition de ressources. Les États parties ont une obligation unilatérale de verser les mêmes allocations pour enfants à charge à tous ceux qui résident sur le territoire, qu'ils soient nationaux ou ressortissants d'un autre État partie.

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

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

Le Comité demande si les allocations pour enfants à charge sont versées pour tous les enfants qui résident sur le territoire, y compris les ressortissants étrangers.

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

Le Comité rappelle que les prestations de vieillesse, d'invalidité ou de survivant et les rentes d'accidents du travail ou de maladie professionnelle acquises au titre de la législation d'un État et aux conditions d'octroi fixées par cette législation devraient être maintenues (exportées) même si l'intéressé s'installe dans un autre État. Il demande quelle base juridique garantit l'exportabilité des prestations de vieillesse, d'invalidité et de survivant, ainsi que la coordination internationale en matière de sécurité sociale avec les États n'appartenant pas à l'EEE.

Le Comité constate qu'il a précédemment estimé que la situation était conforme sur ce point. Le rapport indique également que la Lituanie a transposé dans sa législation nationale les directives de l'UE réglementant les conditions d'entrée et de séjour des ressortissants de pays tiers dans les États membres de l'UE (Directive 2011/98/UE établissant une procédure de demande unique en vue de la délivrance d'un permis unique autorisant les ressortissants de pays tiers à résider et à travailler sur le territoire d'un État membre et établissant un socle commun de droits pour les travailleurs issus de pays tiers qui résident légalement dans un État membre ; Directive 2009/50/CE établissant les conditions d'entrée et de séjour des ressortissants de pays tiers aux fins d'un emploi hautement qualifié ; Directive 2014/36/UE établissant les conditions d'entrée et de séjour des ressortissants de pays tiers aux fins d'un emploi en tant que travailleur saisonnier ; Directive (UE) 2016/801 relative aux conditions d'entrée et de séjour des ressortissants de pays tiers à des fins de recherche, d'études, de formation, de volontariat et de programmes d'échange d'élèves ou de projets éducatifs et de travail au pair et Directive 2014/66/UE établissant les conditions d'entrée et de séjour des ressortissants de pays tiers dans le cadre d'un transfert temporaire intragroupe). Toutes contiennent des dispositions relatives à l'égalité de traitement avec les ressortissants de l'État membre d'accueil en ce qui concerne les branches de la sécurité sociale telles que définies dans le règlement (CE) n° 883/2004 et certaines des dérogations possibles figurant dans les directives. Des dispositions réglementent aussi l'exportation des pensions.

Le Comité demande si la Lituanie garantit la conservation et l'exportation des prestations de vieillesse, d'invalidité et de survivant pour les ressortissants d'États n'appartenant pas à

l'EEE avec lesquels elle n'a pas conclu d'accords bilatéraux pour l'application des législations de sécurité sociale.

### ***Maintien des droits en cours d'acquisition***

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

En ce qui concerne les accords bilatéraux, le Comité relève dans le rapport que la Lituanie a conclu des accords avec les États avec lesquels les flux migratoires sont importants et avec lesquels il existe donc un intérêt mutuel à conclure de tels accords (Canada, Moldova, Fédération de Russie, États-Unis, Bélarus, Ukraine). En 2016 et 2017, la Lituanie a notifié à la Géorgie et à l'Arménie par la voie diplomatique qu'elle souhaitait négocier des accords bilatéraux de sécurité sociale. La Géorgie lui a fait savoir qu'elle serait disposée à entamer des négociations après la réforme de son système de retraite. La Lituanie n'a pas reçu de réponse officielle de l'Arménie. Elle a engagé des négociations avec l'Inde et la Turquie en 2020 et, en 2021, elle examinera de plus près l'utilité de conclure d'autres accords bilatéraux.

Le Comité demande comment le maintien des droits en cours d'acquisition est garanti aux ressortissants des États parties avec lesquels aucun accord bilatéral n'a été conclu.

### ***Conclusion***

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

## **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 Lituanie.

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 considéré que la situation de la Lituanie n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte aux motifs que : les montants de l'assistance sociale et de la pension d'assistance sociale n'étaient pas suffisants ; les ressortissants des autres États parties étaient soumis à une condition de durée de résidence de cinq ans pour être admis au bénéfice de l'assistance sociale.

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

Le Comité prend note des évolutions intervenues au cours de la période de référence. Même s'il est en dehors de la période de référence, le rapport fait référence au fait que le 7 mai 2020 des amendements à la loi sur l'aide sociale en espèces pour les résidents pauvres ont été adoptés : à partir de juin 2020, la prestation est disponible si le revenu moyen par mois et par personne ne dépasse pas 137,5 €. Cela exclut la prestation unique de 200 € que les personnes âgées et les personnes handicapées recevront. Ces solutions visent à permettre à davantage de personnes de bénéficier d'une aide. Un autre changement qui élargira le cercle des personnes pouvant bénéficier de l'aide sociale en espèces est que les biens du demandeur ne seront pas évalués pendant 6 mois après l'annulation de la situation d'urgence et de la quarantaine. Auparavant, la procédure voulait que si une personne possédait des biens dépassant un certain seuil, elle pouvait ne pas avoir droit à l'aide.

A partir de juin 2020, le montant des prestations sociales a été augmenté et différencié en fonction de la durée de versement. En outre, il existe une compensation à verser pour les frais de chauffage, les frais d'eau chaude et d'eau potable, et la loi sur les prestations aux enfants a été adoptée en 2017. Depuis le 1er janvier 2018, une allocation familiale "universelle" versée à chaque enfant a été introduite, s'élevant à 30,02 € en 2018, 60,06 € en 2020 et 70 € en 2021. D'autres améliorations ont été apportées pour réduire le temps d'attente pour l'obtention d'un logement social, ainsi que pour augmenter la compensation des coûts de loyer.

### ***Niveaux de prestations***

Pour évaluer la situation au cours de la période de référence, le Comité prend en compte les informations suivantes :

- Prestation de base : le Comité note d'après le MISSOC qu'en 2020, le niveau de la prestation mensuelle d'aide sociale pour les personnes seules s'élevait à 175 €.
- Prestations supplémentaires : selon le MISSOC, le remboursement des frais de chauffage, d'eau chaude et d'eau potable est prévu pour la famille sous condition de ressources. Une famille ne devrait pas avoir à payer plus de 10 % du revenu familial au-dessus du revenu subventionné par l'État, 5 % du revenu familial pour l'eau chaude standard de base et 2 % du revenu familial pour l'eau potable standard de base. Le Comité note que l'ensemble de ces prestations représente environ 40 € par mois.
- Assistance médicale : dans ses anciennes conclusions de 2017, le Comité avait demandé des informations actualisées concernant l'assistance médicale aux personnes dans le besoin. Le rapport ne contient aucune information à ce sujet. Selon le MISSOC, il n'existe pas de droits spéciaux concernant les soins de santé.
- Allocations de logement : les personnes et les familles qui louent un logement à des personnes physiques et morales aux conditions du marché peuvent bénéficier d'un remboursement partiel du loyer du logement. Le droit à l'allocation est basé sur les conditions suivantes :
  - ayant déclaré comme lieu de résidence ;
  - des avoirs et des revenus ne dépassant pas des limites déterminées ;
  - ne pas posséder de logement ou, si l'on en possède un, celui-ci est vétuste à plus de 60 % ou la surface habitable par personne est trop faible ;
  - avoir conclu le contrat de location du logement pour une durée d'au moins un an et l'avoir fait enregistrer au Centre des registres des entreprises d'État.  
Le montant de la prestation peut varier en fonction de la composition de la famille et du lieu où le logement est loué.
- Seuil de pauvreté estimé à 50 % du revenu équivalent médian et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté d'Eurostat) : il s'élevait à 316 € en 2019. Le rapport précise qu'il y a eu une diminution du taux global de risque de pauvreté, qui s'élevait à 22,5 % en 2019.

Le Comité note que depuis 2017, le ministère de la Sécurité sociale et du Travail estime le montant de ce que l'on appelle le " panier de besoins de consommation minimum " (MVPD). Ce panier se compose de deux parties : la partie alimentaire et la partie non alimentaire et est calculé pour une personne et pour les autres membres de la famille (la première personne obtient 100 % du MVPD, la deuxième 80 % et pour la troisième personne et les suivantes, 70 %). Le montant de la MVPD indique le montant minimum nécessaire à la personne (famille) pour satisfaire ses besoins alimentaires et non alimentaires de base. D'autres prestations et leurs montants sont liés au MVPD. Par exemple, l'allocation sociale de base ne peut être inférieure à 16 % du montant de la MVPD de l'année précédente, le revenu subventionné par l'État ne peut être inférieur à 50 % du montant de la MVPD de l'année précédente et la base de la pension d'assistance ne peut être inférieure à 56 % du montant de la MVPD de l'année précédente. La MVPD était de 238 € en 2017 et de 260 € en 2021.

À la lumière des données ci-dessus et particulièrement du seuil de pauvreté, le Comité constate que le niveau combiné des prestations de base et complémentaires dont dispose une personne seule sans ressources n'est pas adéquat, le montant total pouvant être obtenu étant inférieur au seuil de pauvreté. Par conséquent, la situation n'est pas conforme à la Charte.

La Lituanie n'ayant pas accepté l'article 23, le Comité examine également la situation en ce qui concerne le niveau minimum de la prestation de retraite en vertu de l'article 13.

Les règles relatives aux pensions d'assistance sociale ont été modifiées pendant la période de référence. En 2017, la pension d'assistance sociale a été détachée de la pension de base de l'assurance sociale et son montant a été lié au montant des besoins de consommation minimum (il a été déterminé que la base de l'aide sociale ne peut être inférieure à 54 % des besoins de consommation minimum). En 2019, la pension d'assistance sociale a été augmentée de 130 € à 132 €.

Le Comité rappelle que lorsque la pension d'assurance sociale est inférieure à la pension d'assistance sociale, la différence est versée, et que la pension d'assistance sociale est versée aux personnes qui n'ont pas droit à une pension d'assurance sociale. La pension d'assistance sociale pour les personnes âgées est inférieure au seuil de pauvreté et n'est donc pas adéquate. La situation n'est pas donc conforme à la Charte.

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

Le Comité note qu'il n'y avait pas des questions ciblées sur le droit de recours et aide judiciaire. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur le droit d'appel et l'assistance juridique.

### ***Champ d'application personnel***

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

#### Ressortissants étrangers résidant légalement sur le territoire

Dans son précédent cycle de conclusions en 2017, le Comité avait considéré que la situation en Lituanie n'était pas conforme à la Charte au motif que l'octroi de prestations d'assistance sociale aux ressortissants d'autres États parties était soumis à une condition de durée de résidence, réitérant les anciennes non-conformités conclues en 2013 et 2006.

Le rapport ne contient aucune information sur ce point. Le Comité note, d'après le MISSOC, que les personnes habilitées à recevoir une aide sociale sont soit des citoyens lituaniens, soit des étrangers titulaires d'un permis de séjour de longue durée en Lituanie ou dans l'Union européenne, soit des citoyens, à l'exclusion des travailleurs, d'un État membre de l'UE ou de l'AELE, soit un membre de la famille ayant le droit de résider en Lituanie depuis au moins trois mois, soit des étrangers qui se sont vu accorder une protection en Lituanie, à l'exception de ceux qui, pendant la période d'intégration, reçoivent une aide du fonds pour l'intégration, soit un citoyen étranger qui se voit accorder l'asile en République de Lituanie ou une protection temporaire.

Le Comité comprend donc qu'il s'agit de la même situation qu'auparavant et qu'il n'y a pas eu de changement. Le Comité réitère donc sa précédente conclusion de non-conformité à cet égard.

#### Ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire

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

Le rapport ne contient aucune information à cet égard. Le Comité demande au prochain rapport de confirmer que la législation et la pratique sont conformes à ces exigences. Si



cette information n'est pas fournie dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte.

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

Le rapport ne contient pas d'informations spécifiques sur les mesures prises en rapport avec l'article 13 pendant la pandémie de la covid-19. Il fait seulement référence au fait qu'une allocation forfaitaire pour enfants a été introduite pour réduire l'effet de la covid-19 à partir du 12 juin 2020 pour chaque enfant qui bénéficie d'allocations familiales, sans tenir compte du revenu familial. Selon la loi sur les prestations pour enfants, une prestation forfaitaire pour enfants d'un montant de 120 € doit être versée. Pour les familles à faible revenu élevant un ou deux enfants, les familles élevant trois enfants ou plus et les enfants handicapés qui bénéficient d'allocations familiales supplémentaires, une allocation forfaitaire supplémentaire pour enfants d'un montant de 80 € devrait être versée en plus. Le Comité demande au prochain rapport de produire des informations supplémentaires sur l'assistance sociale et les mesures spécifiques prises pendant la pandémie de la covid-19.

### *Conclusion*

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

- les montants d'assistance sociale, incluant la pension pour les personnes âgées, ne sont pas suffisants ;
- les ressortissants des autres États parties en dehors de l'EEE sont soumis 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 note qu'aucune question ciblée n'a été posée au titre de cette disposition. La conclusion précédente ayant conclu à la conformité de la situation, il n'y a pas eu d'examen de la situation dans la période de référence.

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

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

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

## **Article 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 Lituanie.

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.

En ce qui concerne la description de l'organisation générale des services sociaux, le Comité renvoie à sa conclusion précédente (Conclusions 2017) dans laquelle il a estimé que la situation était conforme à la Charte. Le rapport n'indique pas de changement à cet égard.

En réponse aux questions ciblées, le rapport indique que pendant la pandémie de COVID-19, les services sociaux ont été fournis à distance, à l'exception de la fourniture de services vitaux par exemple, comme l'approvisionnement en nourriture. Il a été recommandé de fournir des services d'aide à domicile afin d'alléger les visites. Il a été recommandé de fournir des services aux familles à risque social de manière plus intensive que d'habitude, car les enfants passent plus de temps à la maison après la fermeture des jardins d'enfants et des écoles. Les restrictions à la prestation de services n'ont pas été appliquées aux foyers de vie indépendants et aux logements pour les sans-abri. Les institutions de services sociaux ont reçu les équipements de protection individuelle nécessaires. Des primes ont été accordées aux employés qui travaillaient dans des conditions de danger de mort. En novembre 2020, le ministre de la santé de la République de Lituanie a approuvé la décision "Sur les conditions nécessaires aux activités des institutions de services sociaux" qui détermine comment les institutions de services sociaux doivent fonctionner pendant la quarantaine. Le rapport indique également qu'une mesure de soutien financier a été adoptée pour soutenir les ONG qui fournissent des services sociaux et pour aider les organisations non gouvernementales affectées par les conséquences de COVID-19 à assurer la continuité des services fournis au public.

Le rapport ne fournit pas d'informations sur les mesures spécifiques prises en vue d'éventuelles crises futures.

### *Conclusion*

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

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

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

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

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

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

Le rapport indique que les services ne sont fournis qu'après avoir évalué les besoins de la personne et ses attentes pour recevoir l'un ou l'autre service social. Toutes les décisions sont prises en concertation avec la personne. En cas de prestation de services sociaux familiaux, les spécialistes des systèmes de santé ou d'éducation et les autres prestataires de services assument des responsabilités pour la famille, mais celle-ci définit aussi très clairement ses responsabilités dans la mise en œuvre des décisions prises dans le cadre du processus de gestion des cas. Le rapport indique en outre que la loi sur les services sociaux ne donne la priorité à aucun statut juridique d'institution, toutes les entités juridiques dont le domaine d'activité est la prestation de services sociaux peuvent fournir des services sociaux. Les institutions municipales de services sociaux ne sont nécessaires qu'au moment où il n'y a pas d'autres prestataires de services, ou que les services qu'elles fournissent ne répondent pas aux besoins. Il fournit un exemple de subvention pour les ONG qui ont encouru des coûts en raison de la pandémie de COVID-19.

Le rapport ne répond toutefois pas de manière exhaustive aux questions spécifiques du Comité, élargies aux fins du présent examen. Le Comité demande comment la participation des usagers est encouragée dans la législation et les autres processus décisionnels, comment sont mis en œuvre les principes généraux de la participation des usagers dans les différents services sociaux et si des mesures pratiques de soutien, notamment budgétaires, ont été adoptées ou envisagées. En attendant, elle considère que les informations fournies ne permettent pas d'évaluer si les exigences de l'article 14§2 ont été satisfaites.

### *Conclusion*

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