



mars 2022

CHARTÉ SOCIALE EUROPEENNE REVISEE

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2021

MONTENEGRO

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 le Monténégro, qui a ratifié la Charte sociale européenne révisée le 3 mars 2010. L'échéance pour remettre le 10^e rapport était fixée au 31 décembre 2020 et le Monténégro l'a présenté le 27 mai 2021.

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

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

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

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

Le Monténégro a accepté toutes les dispositions de ce groupe, sauf l'article 30.

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

Les Conclusions relatives au Monténégro concernent 15 situations et sont les suivantes :

- 3 conclusions de conformité : articles 3§1, 11§2 et 14§1.
- 7 conclusions de non-conformité : articles 3§2, 3§3, 12§1, 12§2, 13§1, 13§4 et 23.

En ce qui concerne les 5 autres situations, régies par les articles 11§1, 11§3, 12§3, 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 du Monténégro de présenter des rapports en vertu de la Charte révisée.

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

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

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

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

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

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

Paragraphe 1 - Sécurité, santé et milieu du travail

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Monténégro.

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 du Monténégro était conforme à l'article 3§1 de la Charte (Conclusions 2017). Il limitera donc son examen aux réponses du gouvernement aux questions ciblées.

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

Objectif général de la politique

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

Le Comité a précédemment demandé que le prochain rapport fournisse des informations plus complètes sur la manière dont la stratégie d'amélioration de la santé et de la sécurité au travail est révisée à la lumière de l'évolution des risques, en consultation avec les partenaires sociaux (Conclusions 2017). Il a en outre demandé des informations sur les activités mises en œuvre et les résultats obtenus par la stratégie nationale.

En réponse aux questions du Comité, le rapport indique que plus de 90 % des activités du Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie pour l'amélioration de la sécurité et de la santé au travail au Monténégro (2016-2020) ont été mises en œuvre en coopération avec les partenaires sociaux. Le rapport détaille les règlements adoptés sur la base du Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie, à l'élaboration desquels, les partenaires sociaux ont été associés. Cependant, le rapport ne contient pas d'informations sur les résultats obtenus par la Stratégie. Par conséquent, le Comité réitère sa demande. Le Comité souligne que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation du Monténégro est conforme à l'article 3§1 sur ce point.

Le Comité a précédemment réitéré sa demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la manière dont le Monténégro se conforme au devoir des États parties de mener des activités en termes de recherche, de connaissance et de communication relatives aux risques psychosociaux (Conclusions 2017). En réponse à la question du Comité, le rapport informe que dès 2007, le Monténégro a établi une coopération avec l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail et a nommé son coordinateur. Dans le cadre de cette coopération, l'Agence a financé les activités concernant la sécurité et la santé au travail.

Le Comité observe que le Monténégro a adopté la Stratégie pour l'amélioration de la sécurité et de la santé au travail pour 2016-2020, ainsi que le Plan d'action pour sa mise en

œuvre, et la Loi sur la sécurité et la santé au travail (« Journal officiel du Monténégro », n° 34/14, 44/18). Sauf disposition contraire d'une loi spéciale, les mesures de sécurité et de santé sont définies comme faisant partie de la prévention et ont été prises pour améliorer la protection et/ou l'hygiène et/ou la santé des employés. D'une manière générale, les mesures de sécurité et de santé au travail sont prévues ou planifiées dans tous les processus de travail dans les locaux de l'employeur, en vue de prévenir ou de réduire les risques pour la vie ou la santé des employés. En outre, les mesures de protection de la sécurité et de la santé au travail ont été prescrites en détail par 54 législations subordonnées dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail et d'autres réglementations.

Le rapport reprend également les informations prévues dans le rapport précédent concernant l'acte d'évaluation des risques.

Enfin, le rapport indique que le contrôle de la loi sur la sécurité et la santé au travail, des règlements adoptés en vertu de celle-ci et des mesures techniques et autres relatives à la sécurité et à la santé au travail est effectué par l'inspection du travail, à moins que la loi ne stipule qu'il doit être effectué par d'autres organismes dans certaines activités.

Organisation de la prévention des risques professionnels

Dans sa précédente conclusion le Comité a demandé des informations sur la manière dont les employeurs, en particulier les petites et moyennes entreprises, s'acquittent de leurs obligations en termes d'évaluation initiale des risques spécifiques aux postes de travail et d'adoption de mesures préventives ciblées dans la pratique (Conclusions 2017). Il a également demandé que le prochain rapport indique comment le gouvernement veille à ce que les lois et règlements en matière de sécurité et de santé soient adoptés et maintenus en vigueur sur la base d'une évaluation des risques professionnels.

En réponse à la question du Comité, le rapport indique que dans le but de promouvoir la sécurité et la santé au travail dans les petites et moyennes entreprises, le ministère du Travail et de la Protection sociale a mené en 2018/2019 un concours public de sécurité et de santé au travail pour tous les acteurs du processus de travail. Le rapport indique également que la Direction de la sécurité et de la santé au travail est habilitée à rédiger des actes d'évaluation, selon les rapports annuels, sur le nombre d'acte d'évaluation des risques adoptés et le nombre d'employés couverts. Le rapport informe que, selon les données obtenues, ce pourcentage augmente d'environ 4 % sur une base annuelle.

Le Comité considère que le rapport ne fournit pas les informations requises sur la manière dont les employeurs des petites et moyennes entreprises s'acquittent de leurs obligations en matière d'évaluation initiale des risques spécifiques aux postes de travail et d'adoption de mesures préventives ciblées. Le Comité considère également que le rapport n'indique pas la manière dont la Direction de la sécurité et de la santé au travail a veillé à ce que les lois et règlements en matière de sécurité et de santé soient adoptés et maintenus en vigueur sur la base d'une évaluation des risques professionnels. Le Comité réitère donc sa demande de fournir ces informations dans le prochain rapport.

Dans sa précédente conclusion le Comité a noté que des mesures de prévention des risques existent au niveau des entreprises (Conclusions 2017). Toutefois, il a estimé qu'aucune information n'était fournie en ce qui concerne l'inspection du travail et a souligné qu'il existe un devoir pour les inspecteurs de partager les connaissances des risques et de la prévention des risques qu'ils ont acquises lors de leurs inspections et des enquêtes menées dans le cadre de leurs activités de prévention (par exemple, information, éducation). Le Comité a réitéré sa demande que le prochain rapport fournisse des informations sur le rôle de l'inspection du travail dans le partage de la connaissance des risques et de leur prévention et a considéré que si les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation du Monténégro est conforme à l'article 3§1 de la Charte à cet égard.

Dans sa réponse à la question du Comité concernant le partage des connaissances sur les risques et la prévention des risques, le rapport explique que le Département de l'inspection du travail informe régulièrement le public des activités des différentes inspections, y compris celles de l'Inspection du travail. En outre, le rapport indique que l'ancien ministère du Travail et de la Protection sociale du Monténégro, la Direction des affaires d'inspection du Monténégro et l'Association pour la sécurité au travail du Monténégro ont organisé de nombreuses conférences, séminaires, ateliers et formations au cours desquels les représentants de l'Inspection du travail étaient également les formateurs/conférenciers qui ont transféré les connaissances sur les risques et la prévention des risques acquises lors de leurs inspections et enquêtes menées dans le cadre de leurs activités de prévention. Le rapport contient les liens vers les activités, séminaires et formations.

Le Comité prend note de l'information concernant le partage des connaissances de l'inspection du travail.

Amélioration de la sécurité et de la santé au travail

Le Comité a précédemment noté qu'il existe un système visant à améliorer la santé et la sécurité au travail par la recherche, le développement et la formation (Conclusions 2017). Il a demandé que le prochain rapport contienne des informations actualisées, étayées par des exemples spécifiques sur les travaux de recherche (analyse des risques sectoriels ; normes définies ; recommandations formulées ; publications) et de formation (programmes de certification ; formation de professionnels qualifiés ; programmes de formation) entrepris pendant la période de référence.

Dans sa réponse à la question du Comité, le rapport informe qu'en 2018, le ministère du Travail et de la Protection sociale a proposé au gouvernement du Monténégro une analyse sectorielle pour déterminer les propositions de domaines prioritaires d'intérêt public et les fonds nécessaires pour financer les projets et programmes des organisations non gouvernementales à partir du budget de l'État en 2018, pour la sécurité et la santé au travail. L'analyse a identifié les problèmes prioritaires, un aperçu de la situation au niveau national, les principaux documents de planification stratégique, la manière d'atteindre les objectifs stratégiques, ainsi que les consultations avec les organisations intéressées et les capacités pour la mise en œuvre du concours. Le rapport informe en outre qu'au cours de la période de référence, les employés de la Direction de la sécurité et de la santé au travail ont suivi une série de formations, de conférences organisées et de tables rondes afin d'améliorer les connaissances et les compétences, mais aussi de sensibiliser le public à l'importance de la santé et de la sécurité au travail.

Le Comité note que les informations fournies ne contiennent pas d'exemples spécifiques sur les travaux de recherche et la formation concernant la santé et la sécurité au travail. Par conséquent, le Comité réitère sa demande que le prochain rapport fournisse les informations demandées.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le Comité a précédemment demandé que le prochain rapport fournisse des exemples spécifiques de l'implication des organisations d'employeurs et de travailleurs dans l'élaboration de la politique de santé et de sécurité au travail dans la pratique (Conclusions 2017).

Dans sa réponse à la question du Comité, le rapport indique que le ministère du Travail et de la Protection sociale a inclus un nombre égal de représentants des associations d'employeurs et des organisations d'employés dans les groupes de travail chargés de la rédaction des lois et de la législation subordonnée. Le rapport contient les liens vers les invitations publiques à la participation des groupes mentionnés dans les groupes de travail. Le rapport indique également que les représentants des associations représentatives des employeurs et des organisations représentatives des employés étaient membres du groupe

de travail pour le développement de la stratégie d'amélioration de la sécurité et de la santé au travail au Monténégro 2016-2020.

En outre, le rapport informe qu'avant que le gouvernement n'adopte la loi sur la sécurité et la santé au travail, le projet de loi doit être soumis pour avis au Conseil social du Monténégro, qui est composé de représentants du gouvernement du Monténégro, de l'Union des employeurs du Monténégro, de la Fédération des syndicats du Monténégro et de l'Union des syndicats libres du Monténégro.

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 informe que, conformément à la loi sur la protection de la population contre les maladies transmissibles, le ministère de la Santé, sur proposition de l'Institut de santé publique du Monténégro, a donné l'ordre de prendre des mesures temporaires pour prévenir la transmission du coronavirus et protéger la population. Ces mesures temporaires concernent le respect de la distance physique prescrite entre les personnes, la fourniture d'équipements personnels dans tous les types d'installations, tant par les employés que par les clients ou les utilisateurs des services de ces installations, la désinfection obligatoire des installations, et la fourniture et la désinfection obligatoires des véhicules de transport public et des véhicules utilisés pour le transport des employés pour leurs propres besoins. Le rapport informe également que les employés ont été formés pour un travail sûr et sain sur leur lieu de travail, et que l'employeur doit fournir aux employés les équipements de protection individuelle appropriés conformément à la norme EPI par employé, qui est préparée conformément aux règlements, aux normes et à l'acte d'évaluation des risques sur le lieu de travail. Le rapport indique en outre que le règlement sur les mesures de protection au travail contre les risques d'exposition à des agents biologiques (« Journal officiel du Monténégro », n° 62/17) prescrit les exigences minimales que l'employeur doit respecter en fournissant des mesures de protection sur le lieu de travail, afin d'éliminer ou de réduire le risque d'apparition d'accidents du travail, de maladies professionnelles ou liées au travail.

Le rapport détaille les mesures adoptées dans les prisons pour réduire le risque d'infection. Ces mesures concernent l'hygiène des locaux et la protection des employés et des détenus, comme la mesure de la température corporelle, la suspension des visites et des prestations pour les condamnés et l'embauche de personnel médical en tant qu'associés externes qui participent à la fourniture de soins de santé secondaires par le biais de contrôles spécialisés.

Le rapport informe qu'une instruction concernant la manière dont certaines tâches et questions importantes pour l'administration de la police dans les circonstances de la covid-19 doivent être réalisées pour prévenir la transmission de la covid-19 a été adoptée. Le rapport indique également que les chefs des unités organisationnelles ont entrepris des activités visant à fournir aux employés des conseils, des directives et des recommandations appropriées de l'Institut de santé publique du Monténégro, en mettant l'accent sur l'hygiène, les mesures de distance sociale et l'utilisation des équipements de protection disponibles lors de l'exécution des tâches et des travaux. Le rapport détaille également le nombre de policiers rétablis de la covid-19, ainsi que le nombre de policiers morts à cause de la covid-19. Le rapport informe que des directives et des ordres ont été émis pour le traitement médical des fonctionnaires dans des situations spécifiques d'apparition de symptômes de maladie respiratoire aiguë, et que toutes les unités organisationnelles de l'administration de la police compilent quotidiennement des rapports individuels sur la situation des dernières

24 heures qui comportent des données ou des indicateurs importants pour la gestion et l'organisation du travail dans le contexte de l'épidémie de la covid-19.

Le rapport détaille également les mesures adoptées concernant les maisons de repos et les institutions d'hébergement des bénéficiaires de la protection sociale et de l'enfance.

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

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Monténégro 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 du Monténégro.

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 3§2 (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 jugé la situation du Monténégro non conforme à l'article 3§2 de la Charte aux motifs que les employés de maison n'étaient pas protégés par la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail et qu'il n'avait pas été établi que les niveaux de prévention et de protection requis par la législation et la réglementation en ce qui concerne la mise en place, la modification et l'entretien des postes de travail étaient alignés sur les niveaux fixés par les normes internationales de référence, et que les niveaux de protection contre l'amiante et les rayonnements ionisants étaient suffisants (Conclusions 2017). Par conséquent, l'appréciation du Comité portera sur les informations fournies par le gouvernement en réponse au constat de non-conformité et à la question ciblée.

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

Le Comité a précédemment examiné la situation en ce qui concerne la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail. Il a demandé à obtenir des informations supplémentaires sur les risques couverts par la loi relative à la sécurité et à la santé au travail, ainsi qu'une description du système spécifique de protection contre les risques professionnels. Il a également demandé des informations sur les mesures réglementaires concernant le stress lié au travail et les agressions et violences propres au monde du travail que subissent en particulier les travailleurs engagés dans des relations d'emploi atypiques. Le Comité a considéré que les règlements existants ne couvraient qu'une partie restreinte des risques identifiés dans les Conclusions XIV-2 et ne protégeaient pas contre des risques importants tels que les charges lourdes, l'amiante, la pollution de l'air, les bruits et les vibrations, les agents chimiques, physiques et biologiques, ou contre des risques propres à des secteurs exposés tels que les manutentions portuaires et l'agriculture (Conclusions 2017).

Le rapport mentionne un certain nombre de dispositions réglementaires spécifiques adoptées dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail.

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 lors des périodes de repos. Le Comité a également demandé des informations sur les règlements adoptés en vue de répondre aux nouveaux risques qui se profilent dans le milieu professionnel.

En réponse à la question ciblée, le rapport énumère les règlements visant à réduire les effets nocifs de l'alcool. Il indique également que ces dernières années, aucune augmentation sur le marché des substances illicites en ce qui concerne l'offre, la vente ou la possession de stupéfiants ou de substances psychotropes n'a été observée.

Le Comité souligne que les informations fournies en réponse à la question ciblée sont insuffisantes. Il renouvelle par conséquent sa demande d'informations et souligne que dans l'hypothèse où celles-ci ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation du Monténégro 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 ajourné sa précédente conclusion sur ce point et a demandé des informations sur les lois et règlements déterminant les niveaux de prévention et de protection contre les risques professionnels qui sont spécifiquement liés à la mise en place, à la modification et à l'entretien des postes de travail. Il a également demandé des informations plus détaillées sur la mise en œuvre des mesures de prévention adaptées à la nature des risques, sur la mise à disposition d'informations et de formations à l'intention des travailleurs, ainsi que sur le calendrier de mise en conformité des postes de travail (Conclusions 2017).

En réponse, le rapport indique que l'employeur est tenu de veiller à ce que les mesures de protection au travail soient en place et à ce que seuls les travailleurs formés aux règles de sécurité aient accès aux zones de travail présentant un risque pour la santé. L'employeur a aussi l'obligation de s'assurer que les travailleurs disposent des équipements et des outils de travail appropriés. Par ailleurs, il doit avertir les personnes se trouvant sur le lieu de travail des endroits dangereux et des risques pour la santé, les informer des mesures de protection nécessaires et leur indiquer l'emplacement des zones sûres sur le lieu de travail. L'employeur est également tenu d'apposer des panneaux sur la sécurité et la santé au travail aux postes de travail et sur les équipements de travail. Lorsque des indications sont

écrites sur ces panneaux d'avertissement, elles doivent l'être dans la langue officielle et les langues officiellement utilisées.

Le Comité constate que les informations fournies dans le rapport ne sont pas suffisamment détaillées et que ce dernier ne contient aucune information sur la mise en place, la modification et l'entretien des postes de travail. Il demande donc de nouveau que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur les lois et règlements déterminant les niveaux de prévention et de protection contre les risques professionnels qui sont spécifiquement liés à la mise en place, à la modification et à l'entretien des postes de travail.

Compte tenu des informations ci-dessus, le Comité réitère qu'il n'a pas été établi que les niveaux de prévention et de protection requis par la législation et la réglementation en ce qui concerne la mise en place, la modification et l'entretien des postes de travail sont alignés sur les niveaux fixés par les normes internationales de référence.

Protection contre les substances et agents dangereux

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé des informations sur les dispositions spécifiques relatives à la protection contre les risques d'exposition au benzène. Il a également demandé des informations sur les lois et règlements concernant les niveaux de prévention et de protection contre l'amiante, et sur leur application dans la pratique. Le Comité souhaitait notamment obtenir des informations sur les valeurs limites d'exposition, sur l'interdiction de la production et de la mise sur le marché de l'amiante ou de produits en contenant, ainsi que sur les mesures spécifiques prises en vue de dresser l'inventaire de tous les bâtiments et matériaux contaminés par l'amiante. Il a en outre demandé que le prochain rapport fournisse des informations plus complètes sur les lois et règlements concernant les niveaux de prévention et de protection contre les rayonnements ionisants, et sur leur application dans la pratique (Conclusions 2017).

En ce qui concerne le benzène, le rapport indique que la protection contre les risques d'exposition au benzène est régie par la loi relative à la sécurité et à la santé au travail (Journal officiel du Monténégro, nos 34/14 et 44/18) et le règlement sur les mesures de sécurité et de santé au travail liées à la protection contre le risque d'exposition aux risques chimiques (Journal officiel du Monténégro, n° 40/18). Ce dernier détermine les exigences minimales que l'employeur doit respecter, notamment les valeurs limites visant à éliminer ou à réduire le risque d'accidents du travail et de maladies professionnelles lorsque le travailleur est exposé à des substances chimiques. La valeur limite pour le benzène est fixée à 3,25 milligrammes par mètre cube. La loi relative à la protection de l'air (Journal officiel du Monténégro, n° 25/10) établit la valeur cible de la teneur en benzène dans l'air.

S'agissant de l'amiante, le rapport indique que le règlement sur les mesures de protection sur le lieu de travail contre le risque d'exposition à l'amiante (Journal officiel du Monténégro, n° 14/17) a été adopté en 2017. Il transpose la directive 2009/148/CE du Parlement européen et du Conseil concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante pendant le travail. Le règlement s'applique aux lieux de travail où les travailleurs sont ou peuvent être exposés à de la poussière d'amiante ou à des matériaux contenant de l'amiante. La valeur limite est fixée à 0,1 fibre d'amiante par centimètre cube. Il est interdit d'effectuer des travaux qui impliquent la pulvérisation d'amiante ou de matériaux contenant de l'amiante, tout comme il est interdit d'utiliser des matériaux d'isolation d'une densité inférieure à un gramme par centimètre cube qui contiennent de l'amiante. La fabrication et la transformation de produits dans lesquels de l'amiante a été ajouté intentionnellement sont interdites. Seules sont autorisées les opérations menées pour retirer l'amiante ou les matériaux amiantés. Le rapport indique également que la loi relative à l'environnement (Journal officiel du Monténégro, n° 52/16) interdit la mise sur le marché et l'utilisation de tous les types de fibres d'amiante. La loi relative à la gestion des déchets (Journal officiel du Monténégro, n° 39/16) interdit le traitement des déchets de construction

contenant de l'amiante-ciment et dispose que les déchets contenant de l'amiante doivent être collectés, emballés, stockés et éliminés dans une zone spécifique. L'élimination des déchets d'amiante est également régie par le règlement sur les modalités de conditionnement et d'élimination des déchets contenant de l'amiante (Journal officiel du Monténégro, n° 11/13) et le règlement sur la gestion des déchets de construction, les modalités et la procédure de traitement des déchets de construction, ainsi que les conditions et les modalités d'élimination des déchets de construction contenant de l'amiante-ciment (Journal officiel du Monténégro, n° 50/12). Le rapport souligne qu'aucune installation n'est bâtie en utilisant de l'amiante. Dans une démarche d'efficacité énergétique, un grand nombre de bâtiments publics ont été rénovés et, lorsque de l'amiante est trouvé, il est retiré et éliminé conformément à la législation en vigueur.

Concernant les rayonnements ionisants, le rapport indique que la protection contre les rayonnements ionisants et la sûreté dans le domaine des rayonnements sont régies par la loi relative à la protection contre les rayonnements ionisants et la sûreté dans le domaine des rayonnements (Journal officiel du Monténégro, n°s 56/09, 58/09, 40/11, 55/16) et dix-sept actes juridiques subordonnés, la stratégie pour la protection contre les rayonnements ionisants, la sûreté dans le domaine des rayonnements et la gestion des déchets radioactifs pour la période 2017-2021, ainsi que le plan d'action pour la période 2017-2021, et le programme de protection contre le radon et le plan d'action pour la période 2019-2023. Par ailleurs, la protection contre les rayonnements ionisants est régie par vingt-six instruments juridiques internationaux auxquels le Monténégro est partie. Le rapport indique que ces règlements régissent la protection des personnes exposées aux rayonnements ionisants contre leurs effets nocifs.

Le rapport fournit une liste des règlements relatifs au transport et au commerce des matières radioactives, à la sécurité alimentaire et aux situations d'urgence. La loi relative à la protection contre les rayonnements ionisants et à la sûreté dans le domaine des rayonnements (Journal officiel du Monténégro, n°s 56/09, 58/09, 40/11, 55/16) actuellement en vigueur établit les exigences relatives aux activités radioactives et à la protection de la vie et de la santé des personnes et de l'environnement contre les effets nocifs des rayonnements ionisants. Les déchets radioactifs sont principalement générés par l'utilisation de sources radioactives à des fins médicales et industrielles, ainsi que dans l'enseignement et la recherche scientifique. Des tests systématiques des radiations environnementales sont effectués et la radioactivité environnementale est surveillée.

Le rapport indique qu'il existe un registre des personnes exposées aux rayonnements ionisants sur leur lieu de travail et des personnes responsables de la protection contre ces rayonnements, une base de données sur les matières nucléaires déclarées et un lieu de stockage central des déchets radioactifs. L'Agence pour la protection de la nature et de l'environnement est chargée de délivrer les licences dans le domaine de la protection contre les rayonnements ionisants et de la sûreté dans le domaine des rayonnements.

Le rapport indique qu'une nouvelle loi sera promulguée dans le domaine des rayonnements ionisants. Le projet de loi – dont l'élaboration a duré deux ans – réglemente la protection des personnes contre les effets nocifs des rayonnements ionisants, l'importation, l'exportation et le transit de sources de rayonnements ionisants et de matières nucléaires, le transport de sources radioactives et de matières nucléaires, ainsi que la gestion des déchets radioactifs et d'autres questions associées. Au moment de l'élaboration de la loi en 2018, la Commission européenne a vérifié si le projet de loi était conforme à l'acquis communautaire. Le projet de loi prévoit la protection des travailleurs contre les rayonnements ionisants. Il transpose également en droit interne la législation pertinente de l'Union européenne dans ce domaine. Le rapport indique que le projet de loi établit la nécessité d'une évaluation des risques d'exposition, définit les mesures d'élimination et de réduction des risques, prévoit l'obligation d'utiliser les équipements de protection individuelle au travail et précise la façon dont les personnes exposées doivent être informées. Dans le cas où, sur la base de l'évaluation des risques, les valeurs des niveaux d'exposition aux rayonnements ionisants

sont supérieures aux niveaux autorisés, la loi impose l'élaboration d'un programme d'action pour la mise en œuvre des mesures de protection et, si les valeurs limites des rayonnements ionisants sont supérieures aux valeurs seuils, des mesures supplémentaires doivent être mises en œuvre pour réduire l'exposition, en plus du programme d'action. Ces lieux de travail doivent être signalés. Le rapport indique que le projet de loi n'a pas encore été adopté en raison des élections parlementaires au Monténégro.

Le Comité prend note des informations fournies dans le rapport et souligne qu'il ne contient aucune information sur la question de savoir si les travailleurs ont été protégés à un niveau au moins équivalent à celui fixé dans les Recommandations de la Commission internationale de protection radiologique (Publication CIPR 103, 2007). Par conséquent, il repose sa question et souligne que si les informations demandées ne figurent pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation du Monténégro soit conforme à l'article 3§2 de la Charte sur ce point. Le Comité demande également des informations actualisées sur l'adoption du projet de loi décrit dans le rapport.

Champ d'application personnel des règlements

Travailleurs temporaires

Le Comité a précédemment demandé des exemples concrets sur la manière dont les travailleurs temporaires, les travailleurs intérimaires et les travailleurs sous contrat à durée déterminée étaient informés des dangers, recevaient des formations sur les méthodes permettant de travailler en toute sécurité, et bénéficiaient d'un examen médical lors de leur nouvelle embauche ou de leur affectation à de nouvelles tâches. Il a également demandé des exemples spécifiques sur la manière dont ces travailleurs avaient accès à la représentation au travail, et des informations sur toute limitation éventuelle sur la base du nombre de travailleurs, ainsi que sur les mesures en vigueur pour contrôler l'application de ces lois et règlements dans la pratique (Conclusions 2017).

Le rapport indique que la loi relative à la sécurité et à la santé au travail concerne tous les travailleurs, y compris les travailleurs temporaires et occasionnels. L'employeur a l'obligation d'avertir toute personne se trouvant sur le lieu de travail des endroits dangereux ou des effets néfastes sur la santé, et doit l'informer des mesures de protection. Le travailleur doit être informé des mesures de sécurité et de santé et être formé à ces mesures. Au cours de la formation, il doit être averti de tout danger sur le lieu de travail. L'examen médical auquel il se soumet doit être effectué conformément à la législation en vigueur. Lors de la planification et de l'introduction de nouvelles technologies, l'employeur doit consulter les travailleurs ou leurs représentants pour la sécurité et la santé au travail au moment de choisir les équipements de travail et de prendre des décisions concernant les conditions et l'environnement de travail et leurs conséquences sur la sécurité et la santé au travail. Le contrôle est effectué par l'Inspection du travail (voir également l'examen au titre de l'article 3§3, Conclusions 2021).

Autres catégories de travailleurs

Le Comité a précédemment conclu que les employés de maison n'étaient pas protégés par la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail (Conclusions 2017).

Le rapport indique que les récentes modifications apportées à la loi relative à la sécurité et à la santé au travail ont inclus les personnes travaillant sur le territoire du Monténégro avec des entités juridiques et les entrepreneurs engagés dans une activité quelconque, le gouvernement, les organes de l'administration publique, les collectivités locales, et les travailleurs détachés à l'étranger, si les règlements du pays d'accueil prévoient des mesures de sécurité et de santé au travail moins favorables que celles prévues par cette loi. Ainsi, comme l'explique le rapport, les employés de maison sont désormais protégés par la réglementation en matière de sécurité et de santé au travail.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

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

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Monténégro n'est pas conforme à l'article 3§2 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que les niveaux de prévention et de protection requis en ce qui concerne la mise en place, la modification et l'entretien des postes de travail soient alignés sur les normes internationales de référence.

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 du Monténégro.

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 du Monténégro 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 (Conclusions 2017). Il a estimé que la situation au Monténégro n'était pas conforme à l'article 3§3 de la Charte au motif que l'efficacité du suivi des accidents du travail et les maladies professionnelles n'a pas été établie. Concernant les accidents du travail, le Comité a renouvelé sa demande d'informations sur le taux d'incidence normalisé des accidents du travail et des accidents mortels du travail. Dans sa question ciblée posée au titre de l'article 3§3 à propos des accidents du travail et des maladies professionnelles, le Comité a demandé des statistiques sur la prévalence des décès, blessures et invalidités liés au travail y compris en ce qui concerne le suicide et d'autres formes d'automutilation, les TSPT, le surmenage et les troubles liés à la consommation d'alcool ou d'autres substances, ainsi que sur les études épidémiologiques conduites pour évaluer les effets sur la santé à (plus) long terme des nouveaux emplois à haut risque (par exemple, les services de livraison à vélo, incluant les personnes employées ou celles dont le travail est géré par l'intermédiaire de plateformes numériques ; les intervenants dans l'industrie du sport et des loisirs, notamment les sports de contact ; les emplois impliquant des formes particulières d'interaction avec les clients et le recours possible à des substances potentiellement nuisibles, telles que l'alcool ou d'autres substances psychoactives ; les nouvelles formes d'opérations en bourse à haut rendement, qui génèrent un niveau de stress important ; le personnel militaire ou des services répressifs, etc.) et également en ce qui concerne les victimes de harcèlement au travail et la mauvaise gestion.

Le rapport déclare que dans le cadre du processus d'adhésion à l'Union européenne et du chapitre 19 des négociations – Politique sociale et de l'emploi, le Monténégro a complété son cadre juridique et harmonisé sa réglementation du domaine de la sécurité et de la santé au travail avec l'acquis communautaire. D'après le rapport, au cours de la période de référence du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2019, l'inspection du travail a enquêté sur 25 décès, 73 blessures graves et 5 blessures collectives au travail. En 2019, un total de 1 065 accidents du travail ont été signalés. En 2018, un total de 1,199 accidents du travail ont été signalés. Le rapport ajoute qu'en 2019, 7 accidents mortels et 20 accidents graves du travail ont été déclarés, soit une diminution de 41.67 % des accidents mortels et de 64.91 % des accidents graves par rapport aux chiffres de 2008.

D'après le rapport, les causes les plus courantes d'accidents du travail sont le non-respect des mesures sanitaires et de sécurité au travail (chutes, électrocutions, contusion/écrasement du thorax), le recrutement de salariés sans formation ou qui n'ont pas passé d'examen médical préalable, l'obsolescence du matériel et l'utilisation de ce dernier

sans examen ou vérification préalable. En cas de danger imminent pour la vie ou de danger pour la santé des salariés, l'Inspection décrète l'interdiction d'utiliser les outils de travail incriminés dans l'accident. L'inspection du travail peut prendre d'autres mesures et dispositions relevant de ses compétences, et soumet des rapports sur les accidents de travail aux autorités judiciaires ou au parquet.

En réponse à la question posée par le Comité, qui demandait si les inspecteurs sont habilités à contrôler tous les lieux de travail, le rapport indique que les dispositions de la Loi sur la sécurité et la santé au travail couvrent les salariés travaillant sur le territoire du Monténégro pour les entreprises et les entrepreneurs de tous les secteurs d'activité, les administrations et les organismes d'État, ainsi que les salariés chargés d'effectuer un travail à l'étranger si la réglementation du pays de destination est moins favorable du point de vue de la sécurité et de la santé au travail que les dispositions de cette loi. La Loi sur l'Inspection du travail autorise les inspecteurs à pénétrer dans les locaux professionnels de l'employeur sans notification préalable. Ils sont habilités à contrôler les dossiers de l'employeur et à en prendre des copies ou des extraits, mais sont tenus d'en préserver la confidentialité. Si l'inspecteur doit inspecter certains locaux d'habitation où l'employeur réalise des activités, mais que ce dernier ou un salarié refusent l'accès à ces locaux d'habitation, l'inspecteur doit produire une décision d'un tribunal compétent avant d'accéder à ces locaux.

Le rapport ne fournit pas d'informations sur le taux d'incidence normalisé des accidents du travail et des accidents mortels du travail. Le Comité renouvelle par conséquent sa demande. Le Comité estime que les autres statistiques fournies dans le rapport ne démontrent pas que les accidents du travail font l'objet d'une surveillance efficace. Il répète que l'application conforme de la Charte ne peut être atteinte par le seul effet de la législation si l'application de celle-ci n'est pas effective et rigoureusement contrôlée (cf. par exemple la Réclamation n° 1/1998, Commission internationale de Juristes c. Portugal, décision sur le bien-fondé, 9 septembre 1999, § 32) et que la fréquence des accidents du travail et leur évolution sont déterminantes dans le contrôle du respect effectif du droit consacré à l'article 3§3 de la Charte.

S'agissant des maladies professionnelles, comme le rapport précédent n'avait pas fourni de chiffres ou statistiques pertinents sur leur nombre, le Comité a estimé dans ses Conclusions 2017 qu'au cours de la période de référence ces maladies professionnelles n'avaient pas fait l'objet d'une surveillance adéquate. Il a souhaité trouver dans le rapport suivant des informations sur la définition légale des maladies professionnelles ; le mécanisme de reconnaissance, d'examen et de révision des maladies professionnelles (ou la liste de celles-ci) ; le taux d'incidence et le nombre de cas de maladies professionnelles reconnus et signalés durant la période de référence (ventilés par secteur d'activité et par année), y compris celles ayant entraîné le décès du salarié, et les mesures prises et/ou envisagées pour lutter contre la sous-déclaration et la reconnaissance insuffisante des cas de maladies professionnelles ; les maladies professionnelles les plus fréquemment signalées pendant la période de référence, ainsi que les mesures préventives prises ou envisagées.

Le rapport répond que d'après la Loi sur l'assurance vieillesse et invalidité, « les maladies professionnelles sont celles survenues au cours de la période d'assurance, engendrées par l'influence longue et directe des processus et conditions sur les lieux de travail ou dans les emplois occupés par l'intéressé. » Cette même loi prévoit qu'un travailleur souffrant d'une incapacité complète de travail suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle a droit à une pension d'invalidité indépendamment de sa durée d'affiliation. Dans ces circonstances, la pension d'invalidité est calculée pour correspondre à la retraite que l'intéressé aurait perçue après 40 ans de cotisation. D'après le rapport, le Règlement de 2004 relatif à la reconnaissance des maladies professionnelles en énumère 56 considérées comme telles. Cette liste est « fermée » au sens que seules les maladies de la liste des maladies professionnelles sont reconnues comme telles. Ce Règlement définit également les emplois et les lieux de travail où ces maladies surviennent, ainsi que les conditions pour qu'elles soient reconnues.

Le rapport ne fournit aucune information sur le taux d'incidence et le nombre de cas de maladies professionnelles reconnus et signalés durant la période de référence (par secteur et année d'activité). Il ne fournit pas davantage d'informations sur les cas de maladies du travail mortelles et sur les mesures prises ou envisagées pour remédier à l'insuffisance de déclaration et de reconnaissance des maladies professionnelles. Le rapport ne fournit pas d'informations sur les maladies professionnelles les plus fréquemment signalées pendant la période de référence. Le Comité renouvelle par conséquent sa demande d'informations sur ces aspects. Dans l'attente de ces informations, le Comité continue d'estimer que rien ne permet d'établir que les maladies professionnelles font l'objet d'une surveillance efficace.

Activités de l'Inspection du travail

Dans sa conclusion précédente, le Comité, estimant que les informations soumises étaient insuffisantes pour établir le respect de l'article 3§3, a réservé sa position sur ce point (Conclusions 2017). Il a demandé des informations sur les mesures pour orienter davantage l'inspection du travail sur les petites et moyennes entreprises et a renouvelé sa demande d'informations sur la part de travailleurs concernés par les contrôles 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. La question ciblée concernant les accidents du travail visait l'organisation de l'inspection du travail, l'évolution des ressources allouées aux services de l'Inspection du travail, y compris les ressources humaines ; le nombre de visites de contrôle de santé et de sécurité effectuées par l'Inspection du travail, la part des travailleurs et des entreprises couvertes par ces visites, le nombre d'infractions aux règles sanitaires et de sécurité, et la nature et le type de sanctions infligées ; si les inspecteurs sont habilités à contrôler tous les lieux de travail, y compris les locaux d'habitation, dans tous les secteurs de l'économie.

Le rapport répond qu'au total 42 inspecteurs travaillent pour le Service de l'Inspection du travail, dont 32 sont chargés des relations de travail, y compris l'inspecteur en chef, et 10 sont chargés de la santé et la sécurité au travail. De janvier 2016 à décembre 2019, l'inspection du travail a recruté deux inspecteurs supplémentaires pour le volet de la santé et de la sécurité au travail.

D'après le rapport, de janvier 2016 à décembre 2019, l'Inspection du travail a réalisé un total de 10,831 contrôles qui ont révélé 11,618 infractions. Pour éliminer les irrégularités constatées, 3,541 avertissements et 3,068 arrêtés administratifs ont été signifiés, et 190 « interdictions de travail » ont été prononcées. Suite aux infractions constatées, des amendes d'un total de 938,810 € ont été infligées. Il y a eu un total de 49 demandes d'ouverture de procédures pour infractions mineures dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail. Le Comité prend également note des chiffres communiqués sur le nombre de contrôles réalisés, ventilés par secteur et activité.

Le rapport ne fournit aucune information sur les mesures visant à orienter l'inspection du travail sur les petites et moyennes entreprises. Il ne précise pas davantage la part des travailleurs couverts par les contrôles, ni le pourcentage d'entreprises soumises à une visite de contrôle en matière de santé et de sécurité au cours de la période de référence et l'évolution des moyens alloués aux services de l'Inspection du travail. Le Comité renouvelle sa demande d'information sur ces aspects et 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 du Monténégro n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte aux motifs qu'il n'est pas établi que :

- il n'est pas établi que le suivi des accidents du travail et des maladies professionnelles soit efficace ;
- il n'est pas établi que les activités de l'Inspection du travail dans la pratique soient efficaces.

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

Paragraphe 4 - Services de santé au travail

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

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 1 - Elimination des causes d'une santé déficiente

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Monténégro.

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 11§1 de la Charte ainsi que, le cas échéant, aux précédents constats de non-conformité et aux décisions d'ajournement (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 ses conclusions précédentes, le Comité a conclu que la situation du Monténégro n'était pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif qu'aucune mesure adéquate n'avait été prise pour garantir effectivement le droit d'accès aux soins de santé (Conclusions 2017). Son évaluation portera donc sur les informations fournies par le gouvernement en réponse à la conclusion 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, les informations mentionnées dans la partie portant sur la covid-19 ci-après ne seront pas utilisées pour établir la conformité de la situation avec la Charte dans le cadre du présent cycle de contrôle.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Dans le cadre du présent cycle, 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, sans-abri 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.).

Selon le rapport, l'espérance de vie à la naissance en 2019 était de 76,7 ans. Le Comité note que, d'après les données de la Banque mondiale, l'espérance de vie a légèrement augmenté depuis la période de référence précédente (76,4 ans en 2015). Selon les données Eurostat, l'espérance de vie moyenne à la naissance dans les 27 États membres de l'UE était estimée à 81,3 ans en 2019.

Le rapport fournit des données sur l'incidence du VIH et de l'hépatite C. Il indique également que selon les données préliminaires de 2017, les principales causes de décès sont les maladies du système circulatoire (maladies cardiovasculaires) et les cancers, en particulier les cancers du poumon et du sein. Le rapport contient des informations sur les mesures liées au contrôle et à la prévention des maladies chroniques non transmissibles (la stratégie pour la prévention et le contrôle des maladies chroniques non transmissibles, le plan d'action pour l'amélioration de la santé mentale, le programme de mesures visant à améliorer la nutrition et l'alimentation grâce au plan d'action 2019-2020, la stratégie nationale de soins de santé pour les personnes diabétiques, la stratégie nationale pour la prévention de l'alcoolisme et des maladies liées à l'alcool). Le Comité demande des informations sur l'impact de telles mesures sur la réduction de la prévalence des maladies constituant les principales causes de décès et l'amélioration de la santé de la population.

Le rapport ne fournit pas de données statistiques ventilées sur l'espérance de vie dans le pays et entre les différents groupes de population (population urbaine ; population rurale ; différents groupes ethniques et minorités ; sans-abri 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 à l'arrêt, etc.). Le Comité réitère sa question.

Accès aux soins de santé

Dans ses conclusions précédentes, le Comité a pris note de l'adoption en juin 2015 du document relatif aux réformes structurelles du système de soins de santé monténégrin et au plan d'action pour leur mise en œuvre sur la période 2015-2017 (Conclusions 2017). Il a demandé que le prochain rapport donne des informations complètes sur la mise en œuvre des réformes structurelles mentionnées et leurs effets concrets sur le système de soins de santé. Parallèlement, constatant que les principales réformes du système de santé auraient dû être mises en œuvre entre 2016 et 2017 (en dehors de la période de référence de ce cycle de contrôle), le Comité a estimé que la situation n'était pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif qu'aucune mesure adéquate n'avait été prise pour effectivement garantir le droit d'accès aux soins de santé (Conclusions 2017).

Le rapport indique que les réformes structurelles du système de soins de santé visaient à créer un système de soins de santé financièrement durable, susceptible d'offrir dans les faits une qualité de service adéquate à tous les usagers. Parmi les mesures prises figurent l'investissement dans des équipements médicaux modernes, la modernisation des établissements et la formation du personnel médical. Le rapport révèle que le système de santé monténégrin compte un total de 2 278 médecins en activité (soit 3,3 médecins pour 1 000 habitants, proche de la moyenne européenne de 3,4 médecins). Selon le rapport, l'État alloue des fonds importants à l'évolution professionnelle des médecins (grâce à la spécialisation, à la formation continue dans le domaine médical, etc.).

Le rapport indique que la liste de médicaments, parmi lesquels figurent des traitements modernes, a grandement contribué à améliorer la prise en charge des personnes assurées. De plus, grâce à l'extension du droit à des soins et des dispositifs médicaux ces dernières années, les effets de la prise en charge sont plus importants et les soins de santé sont plus accessibles.

En outre, le Comité observe, d'après les données de la Banque mondiale, que les dépenses de santé publique du Monténégro représentaient 8,42 % du PIB en 2018 (contre 3,7 en 2014). Il constate que la moyenne de l'OCDE s'élevait à 8,8 % du PIB en 2018, contre 9,87 % pour la moyenne de l'UE (Eurostat). Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des données actualisées sur la part des dépenses de santé publique dans le PIB.

Dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2017), le Comité a demandé que le prochain rapport contienne des informations sur les dépenses de santé à la charge des patients (en pourcentage des dépenses de santé totales). Le rapport indique que l'article 18 de la loi sur l'assurance maladie obligatoire énonce que pour le service réalisé, le prestataire de soins de santé doit délivrer à la personne assurée un justificatif de paiement des dépenses de santé à sa charge, sur lequel doit figurer le prix total du service de santé, le montant desdites dépenses exprimé en pourcentage du prix du service de santé et leur montant nominal. Le Comité note, d'après les données de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, que le système de santé monténégrin repose sur un système d'assurance sociale couvrant plus de 95 % de la population. Des fonds supplémentaires sont apportés par le budget de l'État et les frais à la charge des patients qui sont importants : ils ont représenté 40 % des dépenses de santé en 2018. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des données actualisées sur les dépenses de santé à la charge des patients.

Dans ses conclusions précédentes, le Comité a également demandé des informations et des exemples concrets au sujet des délais d'attente réels pour bénéficier de soins primaires et spécialisés, ainsi que pour une intervention chirurgicale (Conclusions 2017). Le rapport indique que certains services de santé établissent des listes d'attente pour les diagnostics et les traitements qui ne sont pas urgents et qui ne peuvent pas être fournis dans un délai de 30 jours. Au niveau des soins de santé primaires, il n'y a pas de délai d'attente pour les consultations de généralistes, de pédiatres et de gynécologues, tandis que le délai d'attente pour une consultation spécialisée avec un interniste ou un ophtalmologue est en moyenne de sept jours et pour les diagnostics radiologiques de 0 à 30 jours. Le Comité note, selon l'Indice européen 2018 des consommateurs de soins de santé (*Euro Health Consumer Index*), que le Monténégro a mis en place un système d'orientation et de prescription en ligne en temps réel, réduisant radicalement les délais d'attente.

Le Comité relève, dans le rapport de la Commission européenne 2020, que le Monténégro a élaboré 10 documents stratégiques dans le domaine de la protection de la santé, notamment la politique de santé à l'horizon 2020. Le pays a pour priorité, entre autres, d'augmenter l'espérance de vie restée au même niveau qu'en 2018 (76,8 ans). Le même rapport indique que la mise en œuvre du plan global pour le développement de la santé 2015-2020 s'est poursuivie en 2019, mais que plusieurs mesures de prévention et de santé publique n'ont pas pu être appliquées en raison d'un budget santé insuffisant, légèrement inférieur par rapport à 2018 (6,18 %). Selon le même rapport, la surprescription de médicaments était toujours un sujet de préoccupation, et les efforts visant à lutter contre la résistance aux antibiotiques n'étaient pas suffisamment soutenus en raison d'une mauvaise communication et d'actions insuffisantes pour améliorer les connaissances en matière de santé.

Le Comité prend note des mesures et des efforts mis en œuvre pour améliorer l'accès aux soins de santé, notamment en ce qui concerne le personnel médical et les délais d'attente. Il demande que le prochain rapport continue de fournir des informations sur les résultats des réformes engagées par le Monténégro, en particulier celles relatives aux dépenses de santé à la charge des patients, à la surprescription de médicaments et au budget santé du pays consacré à la prise en charge. Entre-temps, le Comité réserve sa position sur ce point.

Le Comité a demandé, sous forme de question ciblée, des informations sur les services 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 la maternité précoce (jeunes filles mineures) et sur les taux de 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 la stratégie pour la préservation et la promotion de la santé sexuelle et reproductive 2013-2020 poursuivait les objectifs suivants (entre autres) : fournir des services de planification familiale de haute qualité, y compris des services liés à l'infertilité, réduire le taux d'avortement, prévenir et contrôler les infections sexuellement transmissibles, promouvoir la santé en matière de santé sexuelle et reproductive dans le cadre de modes de vie sains, garantir un niveau de connaissances élevé dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive grâce à l'éducation formelle et non formelle. Le rapport donne également des informations sur l'activité des centres d'assistance à la procréation et les projets mis en œuvre en coopération avec les organisations non gouvernementales visant à fournir des informations sur l'accès des femmes aux services de santé sexuelle et reproductive.

En ce qui concerne l'avortement, le rapport indique que conformément à la loi sur les conditions et la procédure relatives à l'interruption de grossesse, l'avortement peut être réalisé jusqu'à 10 semaines après la conception, à la demande écrite de la femme enceinte (article 4). La loi précise que l'avortement peut être réalisé après l'expiration du délai de 10 semaines, au plus tard 32 semaines à compter du jour de la conception. L'article 5 de la loi

énonce que, dans le cas d'une mineure ou d'une personne sous tutelle, l'interruption de grossesse n'est possible que moyennant l'autorisation écrite des parents, des parents adoptifs ou du tuteur.

Le rapport indique que les frais liés à une interruption de grossesse effectuée dans le délai de 10 semaines à compter du jour de la conception sont à la charge de la femme enceinte. Si celle-ci est bénéficiaire de la protection sociale au titre des réglementations relatives à la sécurité sociale et la protection de l'enfance, les coûts de l'avortement sont pris en charge par le Centre d'action sociale du territoire où réside la femme enceinte. Si elle est mineure ou sous tutelle, les coûts sont à la charge des parents, des parents adoptifs, du tuteur ou de l'autorité de tutelle. Dans les cas d'interruption de grossesse énumérés aux articles 6, 7 et 8 de la loi sur les conditions et la procédure relatives à l'interruption de grossesse, les coûts de l'avortement sont à la charge de l'Assurance Maladie du Monténégro.

Le rapport indique également que les femmes sont exonérées des dépenses de santé à leur charge pendant la grossesse, lors de l'accouchement et pendant la première année de vie de l'enfant, conformément à la loi sur l'assurance maladie obligatoire (article 19, paragraphe 1, alinéa 2). L'assurance maladie obligatoire ne prévoit aucune aide pour les avortements sans raisons médicales. Le Comité demande des précisions sur les coûts d'un avortement et souhaite savoir s'ils sont remboursés par l'État en totalité ou en partie.

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

Le rapport indique que, pendant la période de référence, le taux de mortalité infantile (nombre de décès de nourrissons pour 1 000 naissances vivantes) s'élevait à 3,4 en 2016, 1,3 en 2017, 1,7 en 2018 et 2,4 en 2019. Le Comité note que d'après les données Eurostat, la moyenne des 27 États membres de l'UE était de 3,4 en 2019.

En ce qui concerne le taux de mortalité maternelle, le Comité observe, selon les données de la Banque mondiale, qu'il était de 6 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2016 et 2017 et qu'il est resté stable depuis la précédente période de référence (6 en 2015).

Le rapport ne fournit pas de données statistiques sur la maternité précoce (jeunes filles mineures). Le Comité réitère sa question.

En réponse à une question précédemment posée par le Comité en ce qui concerne le droit à la protection de la santé des personnes transgenres (Conclusions 2017), le rapport indique que le règlement dans lequel sont définies les raisons médicales de la réassignation de genre (« Journal officiel du Monténégro », n° 47/14) énumère les raisons médicales de la réassignation de genre des personnes assurées prises en charge par l'assurance maladie obligatoire. Il est prévu qu'une réassignation de genre pour raison médicale peut être demandée par une personne assurée âgée de plus de 16 ans. Ces raisons médicales sont déterminées : par une consultation en soins primaires, un examen et un diagnostic réalisés par un spécialiste en médecine interne (médecine interne générale, endocrinologie), un examen et un diagnostic réalisés par un chirurgien (chirurgie générale, chirurgie plastique et reconstructive, urologie et gynécologie), le rapport d'un psychiatre et d'un psychologue, et les antécédents sociaux établis par un travailleur social. L'avis relatif à l'existence de raisons médicales permettant la réassignation de genre de la personne assurée est donné par le conseil des médecins de la spécialité concernée du Centre clinique du Monténégro sur la base des rapports et des antécédents.

Le Comité se réfère 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 s'abstenir de toute ingérence directe ou indirecte dans l'exercice du droit à la santé. Toute forme de traitement médical qui n'est pas nécessaire peut être considérée comme contraire à l'article 11, si l'accès à un autre droit est subordonné à son acceptation (*Transgender Europe et ILGA-Europe c. République tchèque*, réclamation n° 117/2015, décision sur le bien-fondé du 15 mai 2018, paragraphes 74, 79 et 80).

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

Le Comité invite les États à fournir des informations sur l'accès des personnes transgenres à un traitement de réassignation de genre (tant en ce qui concerne la disponibilité que l'accessibilité). Il demande si la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres exige (en droit ou en pratique) qu'elles subissent une stérilisation ou tout autre traitement médical qui pourrait nuire à leur santé ou à leur intégrité physique et psychologique. Le Comité invite également les États à fournir des informations sur les mesures prises pour que l'accès aux soins de santé en général, notamment aux soins de santé en matière de sexualité et de procréation, 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 ou traitements médicaux (au regard de l'article 11§2). Le rapport indique que l'article 11 de la loi sur les droits des patients (« Journal officiel du Monténégro », n° 40/10) énonce que le patient a le droit de recevoir des professionnels de santé, en temps opportun, les informations lui permettant de consentir ou de refuser de consentir à l'intervention médicale proposée. Les informations sont communiquées par oral et de manière compréhensible par un professionnel de santé titulaire d'un diplôme universitaire, en tenant compte de l'âge, du niveau d'instruction et de l'état émotionnel du patient. Si celui-ci ne connaît pas la langue officielle ou est malentendant, l'établissement médical est tenu de mettre à sa disposition un traducteur ou un interprète. Exceptionnellement, le professionnel de santé compétent peut ne pas communiquer le diagnostic ou limiter les informations relatives au déroulement de l'intervention médicale proposée et à ses risques, s'il existe un risque sérieux que ces informations nuisent gravement à 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 axées sur les mesures prises pour soigner les malades (nombre suffisant de lits d'hôpital, y compris d'unités de soins intensifs et d'équipements, et déploiement rapide d'un nombre suffisant du personnel médical).

Le rapport indique que la commission des urgences a qualifié la maladie à coronavirus d'urgence de santé publique de portée internationale. Afin de contrôler et de suivre le virus de manière efficace, l'Institut de santé publique a adopté un plan d'action visant à minimiser le risque de propagation du virus. Le rapport souligne les mesures prises pour sauver les

vies et la santé des citoyens, fournir et distribuer le matériel médical nécessaire supplémentaire, coordonner les aides économiques accordées aux citoyens et aux entreprises pour surmonter les conséquences de la pandémie, et informer les ressortissants nationaux et étrangers de tous les aspects de la pandémie de coronavirus dans le pays.

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 signifie 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 des risques élevés, tels que les sans-abri, les pauvres, les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes vivant en institution, les personnes détenues 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

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

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 2 - Services de consultation et d'éducation sanitaires

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Monténégro.

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.

Le Comité a ajourné sa précédente conclusion (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.

En réponse, le rapport mentionne divers programmes et stratégies visant à promouvoir la santé publique au sein de la population, à établir des règles pour mener une vie saine et à prévenir certaines maladies dangereuses. En particulier, le Comité note que l'une des mesures du plan d'action de la stratégie nationale de prévention de l'usage nocif de l'alcool et des troubles liés à l'alcool au Monténégro pour la période courant de 2013 à 2020 consiste à sensibiliser le public aux problèmes sanitaires, sociaux et économiques causés par la consommation excessive d'alcool. L'une des mesures envisagées dans la Stratégie nationale de soins de santé pour les personnes diabétiques comprend l'amélioration des connaissances et compétences en matière de prévention, de détection précoce et de traitement du diabète (type 1, type 2 et gestationnel).

En ce qui concerne l'éducation à la santé à l'école, le rapport indique que le Bureau des services éducatifs du Monténégro a entrepris un certain nombre d'activités visant à sensibiliser les élèves à l'importance de l'éducation sanitaire et des mesures préventives dans les situations où les écoles peuvent être exposées à divers dangers. En plus des matières classiques et facultatives telles que la biologie et la vie saine, il existe des domaines interdisciplinaires dans les écoles primaires et secondaires supérieures. Les enseignants sont tenus d'introduire ces domaines dans leurs matières. L'un de ces domaines pluridisciplinaires est l'éducation à la santé, qui inclut l'éducation sexuelle.

Concernant l'éducation sexuelle et génésique, le rapport indique que dans, les écoles secondaires supérieures, divers aspects de ces questions sont abordés dans les cours de psychologie, d'éducation civique, d'éducation aux médias, de biologie et de modes de vie sains. Dans les écoles primaires, les questions relatives à l'éducation sexuelle sont abordées dans les matières suivantes : biologie (en neuvième année) et vie saine (en huitième et neuvième année). Quant aux écoles secondaires professionnelles, divers aspects de ces questions sont abordés dans les cours de psychologie, de biologie et de sociologie.

Le Comité note que les programmes d'enseignement général mis en œuvre dans les écoles secondaires supérieures comprennent une matière facultative intitulée « Modes de vie sains » (en première et deuxième années). Son programme comprend divers sujets tels que

la santé et les modes de vie sains, l'alimentation et l'activité physique, les effets des substances psychoactives sur la santé, la santé sexuelle et reproductive, le VIH/sida, la prévention des blessures et de la violence, etc.

Dans les programmes des écoles secondaires professionnelles, le module facultatif "*Contemporary growing*" (72 leçons par an) vise à sensibiliser les jeunes au processus de passage à l'âge adulte. Ce module fournit aux étudiants des informations sur l'importance d'un mode de vie sain (alimentation saine, activité physique, hygiène personnelle, etc.) et sur les comportements à risque chez les jeunes (conséquences de l'abus de substances et d'alcool ; causes et conséquences possibles des comportements sexuels à risque et des différentes formes de violence ; prévention des comportements à risque, etc.) Un autre module optionnel intitulé « Réseaux sociaux et mondialisation » fournit aux étudiants des informations relatives au contexte social des rôles de genre dans des sociétés culturellement diverses (par exemple, rôles de genre dans la société traditionnelle et moderne, identité de genre, inégalité et diversité de genre).

Le Comité note également que, d'après le rapport, la Stratégie d'amélioration de la qualité de vie des personnes LGBTI au Monténégro pour la période courant de 2019 à 2023 comprend certaines activités qui sont mises en œuvre dans les domaines sanitaires, social, culturel et autres. Ces activités comprennent, entre autres, l'organisation de formations pour les spécialistes des centres de travail social, les médecins et les travailleurs d'autres domaines (sport, politique, éducation) afin d'accroître leurs connaissances des droits des LGBTI et de développer une approche flexible du travail avec les personnes LGBTI.

Consultations et dépistage des maladies

Le Comité rappelle qu'il a ajourné sa conclusion précédente dans l'attente des informations demandées sur les services de consultation et de dépistage disponibles pour les femmes enceintes.

En réponse, le rapport indique que conformément à la loi sur la santé, les femmes bénéficient de droits spéciaux pendant la grossesse, l'accouchement et pendant un an après l'accouchement. Conformément à l'article 19§1 (2) de la loi sur l'assurance maladie obligatoire, elles sont exemptées du paiement des frais de participation, c'est-à-dire du ticket modérateur. Un règlement plus détaillé sur les normes et procédures de prestation de soins de santé primaires par l'équipe médicale spécialisée ou le gynécologue prévoit des examens préventifs des femmes enceintes pendant la grossesse dans le service ambulatoire du gynécologue. Le Comité note que selon le rapport, des tests de dépistage, tels que le dépistage du glucose (diabète gestationnel) ou du VIH, sont disponibles pour les femmes enceintes. Le Comité demande une description détaillée des tests de dépistage et des examens médicaux gratuits proposés aux femmes enceintes, ainsi que leur fréquence.

En outre, le rapport indique que les consultations de santé reproductive sont organisées par les centres de santé qui fonctionnent en une ou deux équipes, selon le nombre de médecins travaillant dans le centre et les programmes mis en œuvre. Les centres de santé reproductive sont dotés en permanence d'une infirmière et d'un technicien médical, et chaque gynécologue dispense une éducation sanitaire individuelle et collective dans le cadre de son travail. De plus, ces centres mettent en œuvre le programme « École de grossesse » visant à une préparation psychophysique adéquate des femmes à l'accouchement.

Le rapport indique que les fonds destinés aux programmes nationaux de prévention sont alloués par le Fonds d'assurance maladie. Les contrôles préventifs, les tests supplémentaires et les traitements dans le cadre du programme de détection précoce des cancers colorectal, du sein et du col de l'utérus sont gratuits pour tous les participants au programme. Le Comité prend note des informations très détaillées fournies dans le rapport sur la proportion de personnes concernées par chaque type de dépistage et la fréquence de ces examens. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la

portée des programmes de dépistage des autres principales causes de mortalité, y compris leur fréquence.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Monténégro 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 du Monténégro.

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 conclusion précédente, le Comité a conclu que la situation du Monténégro n'était pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif de l'insuffisance des mesures visant à assurer un environnement sans tabac dans les lieux publics (Conclusions 2017).

Services de santé dans les lieux de détention

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

Le rapport fournit des informations sur les dispositions relatives aux soins de santé dans les prisons, les hôpitaux psychiatriques et les foyers sociaux. L'Institut pénitentiaire est le principal établissement prodiguant des soins de santé aux détenus au niveau national. En outre, les détenus nécessitant un traitement spécialisé ont accès aux établissements médicaux de proximité. Le rapport fournit quelques détails sur les effectifs de l'Institut pénitentiaire, ainsi que sur le dépistage médical des nouveaux arrivants. La Stratégie 2019-2023 pour la protection et l'amélioration de la santé mentale au Monténégro envisage la construction d'un hôpital pénitentiaire d'ici fin 2021, tout en précisant que l'ensemble des patients souffrant de troubles psychiatriques reçoivent un traitement adéquat à l'Institut pénitentiaire ou à l'hôpital psychiatrique de Kotor.

Le Comité se réfère au dernier rapport par pays du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants sur le Monténégro (CPT, 2017), lequel déplore un manque d'accès aux soins hospitaliers pour les détenus souffrant de troubles psychiatriques, corrélé à un recours excessif à la contention physique et à la prescription immodérée de benzodiazépines. Plus spécialement, le CPT a signalé que des menottes et des chaînes métalliques pour les poignées et les chevilles sont utilisées et que la contention est occasionnellement infligée à titre de punition ou pour compenser la pénurie de personnel. Le CPT a noté que les hôpitaux psychiatriques de Kotor et de Dobrota sont

chroniquement surpeuplés et n'ont pas la capacité d'accueillir des détenus du système pénitentiaire à des fins de traitement hospitalier.

Le Comité demande des informations plus détaillées concernant la prestation de soins de santé mentale en milieu carcéral, y compris spécifiquement sur les mesures prises en vue d'améliorer l'accès aux soins hospitaliers ainsi que de réduire et de réglementer le recours à la contention.

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 les services fournis dans les institutions résidentielles, notamment les hôpitaux psychiatriques et les foyers sociaux. En outre, le rapport présente brièvement le contenu de la Stratégie 2019-2023 pour la protection et l'amélioration de la santé mentale au Monténégro.

Le Comité se réfère aux critiques persistantes d'organisations internationales concernant l'orientation institutionnelle des soins de santé mentale au Monténégro. Le rapport susmentionné du CPT relève : le surpeuplement et les conditions matérielles généralement médiocres constatés à l'hôpital psychiatrique de Dobrota et au foyer de soins de Komanski Most ; le fait qu'environ un tiers des patients de l'hôpital psychiatrique de Dobrota ne nécessitaient plus aucun traitement hospitalier, mais ne pouvaient pas quitter cet établissement en raison de l'absence de structures adéquates de soins de proximité ; et le manque de progrès significatifs dans le processus de désinstitutionalisation. Le Comité des droits des personnes handicapées a noté la poursuite des soins en institution, l'absence de toute stratégie globale de désinstitutionalisation et la pénurie de services de soutien individuels (Observations finales de 2017). Le rapport de la Commission européenne sur le Monténégro pour 2021 constate que l'hôpital psychiatrique de Dobrota est surpeuplé et que les conditions matérielles y demeurent très mauvaises.

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

Le Comité rappelle que la question ciblée porte sur le problème des services de santé mentale de proximité, par opposition aux soins dispensés en établissement. Les informations demandées n'ayant pas été fournies, le Comité réitère sa question concernant la disponibilité et l'étendue des services de santé mentale de proximité, les mesures prises en vue de la réduction ou la fermeture des hôpitaux psychiatriques prodiguant des traitements de longue durée, ainsi que les services de santé mentale de proximité destinés aux populations vulnérables. Le Comité considère que, dans l'hypothèse où les informations

demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation du Monténégro est conforme à l'article 11§3 de la Charte.

Prévention de la toxicomanie et réduction des risques

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

Le rapport indique la survenance de cinq décès liés à la drogue en 2016 et de six en 2017. Une Stratégie 2013-2020 pour la prévention de l'usage abusif de drogues est en place ; elle prévoit des mesures centrées sur sept axes : réduction de la demande, réduction de l'offre, systèmes d'information et de données, recherche, coopération internationale, coopération financière et évaluation. La stratégie a servi de base à l'adoption de plusieurs programmes d'action. Le rapport souligne l'importance de la détection précoce des nouvelles substances psychoactives. En ce qui concerne la situation des toxicomanes incarcérés, le rapport précise que des traitements par agonistes opioïdes sont disponibles, de même qu'un dépistage et un traitement des maladies infectieuses.

Le Comité constate que le rapport ne fournit pas d'informations sur la situation des toxicomanes dans la collectivité et plus spécialement sur la transmission des maladies infectieuses et les mesures conçues pour répondre à la consommation de substances et aux troubles connexes (par le biais d'approches — en matière de dissuasion, d'éducation et de réduction des risques — axées sur la santé publique). Le Comité réitère par conséquent sa demande et considère que dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation au Monténégro est conforme à l'article 11§3 de la Charte.

Environnement sain

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé des informations sur la contamination de l'eau potable et la gestion de l'eau, la gestion des déchets, le niveau de bruit dans l'environnement, les rayonnements ionisants et l'amiante (Conclusions 2017). Il a également indiqué que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le

prochain rapport, rien ne lui permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte sur ce point. Le Comité a également demandé à être informé des mesures adoptées pour réduire la pollution de l'air dans le pays.

Le rapport décrit la procédure mise en place pour délivrer et réviser les permis et autorisations fixant les niveaux d'émission autorisés pour les opérateurs économiques concernés, conformément à la Loi sur la prévention et la réduction intégrées de la pollution de l'environnement et à la Loi sur les émissions industrielles. Le rapport fournit des informations détaillées concernant les exigences en matière d'autorisation pour la gestion des déchets radioactifs. Il cite également les dispositions légales imposant aux autorités l'obligation de fournir des informations sur l'environnement et identifie les principaux canaux officiels par lesquels ces informations peuvent être communiquées.

Le rapport constate la stabilité des tendances en matière de contamination de l'eau potable au cours de la période de référence et décrit les dispositifs institutionnels de surveillance de la pollution de l'eau et des rayonnements ionisants. Concernant la gestion des déchets, le rapport énumère certaines activités de sensibilisation déployées, au cours de la période de référence, par le gouvernement en coopération avec les collectivités locales. Le rapport mentionne aussi des séries de données annuelles sur la pollution sonore provenant de sources externes et décrit les principales dispositions restreignant l'utilisation de l'amiante.

Le rapport indique que les niveaux globaux de pollution atmosphérique ont diminué au cours de la période de référence, mais que des niveaux élevés, voire très élevés de polluants critiques ont été enregistrés localement en particulier pendant l'hiver. Le rapport décrit certaines des mesures prises pour lutter contre la pollution atmosphérique, notamment : en réalisant des études censées déterminer l'impact de cette pollution sur la santé, ses sources et les facteurs contributifs ; en adoptant des plans de qualité de l'air pour les zones présentant des niveaux élevés de pollution atmosphérique ; et en renforçant l'infrastructure de gestion de la qualité de l'air.

Le Comité demande des informations plus détaillées sur la gestion des déchets, sur les mesures prises pour remédier à la persistance d'un niveau élevé de pollution atmosphérique dans tout le pays et pour traiter les problèmes de santé des populations touchées par la pollution environnementale.

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 fournit quelques informations sur les mesures prises pour garantir une acceptation effective du vaccin contre la covid-19 par la population.

Tabac

Dans sa conclusion précédente, le Comité a estimé la situation du Monténégro non conforme à l'article 11§3 de la Charte en invoquant le caractère insuffisant des mesures prises pour interdire de fumer dans les lieux publics (Conclusions 2017). Le Comité a également demandé des informations actualisées sur les tendances en matière de consommation de produits du tabac (chez les adultes et chez les jeunes).

Le Comité prend note de l'adoption en 2019 de la Loi sur la restriction de l'usage des produits du tabac, laquelle prévoit notamment une interdiction de fumer au travail et dans les lieux publics, sous peine d'une amende comprise entre 500 et 20 000 €. Compte tenu de ces explications, le Comité considère que la situation est désormais conforme à la Charte sur ce point.

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 fournit des informations limitées sur le Programme d'action adopté par l'Institut de santé publique, lequel prévoit des mesures visant à prévenir la propagation de la covid-19.

Le Comité rappelle que les États parties doivent prendre des mesures pour prévenir et limiter la propagation du virus, parmi lesquelles le dépistage et le traçage, la distanciation physique et l'auto-isolement, la fourniture de masques appropriés et de produits désinfectants, ainsi que l'imposition de mesures de quarantaine et de « confinement ». Toutes ces mesures doivent être conçues et mises en œuvre en tenant compte de l'état actuel des connaissances scientifiques et conformément aux normes applicables en matière de droits de l'homme (Observation interprétative sur le droit à la protection de la santé en temps de pandémie, 21 avril 2020). De plus, l'accès aux soins de santé doit être assuré à tous sans discrimination. Cela implique que les soins de santé en cas de pandémie doivent être effectifs et abordables pour tous, et que les groupes vulnérables particulièrement exposés à de hauts risques, tels que les sans-abris, les pauvres, les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes vivant en institution, les personnes détenues en prison et les personnes en situation irrégulière doivent être protégés de manière appropriée par les mesures sanitaires mises en place (Observation interprétative sur le droit à la protection de la santé en temps de pandémie, 21 avril 2020).

Conclusion

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

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 1 - Existence d'un système de sécurité sociale

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Monténégro.

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

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2017), le Comité a demandé des informations sur le champ d'application personnel des risques de sécurité sociale. En ce qui concerne les soins de santé, le Comité relève dans le rapport que, selon la loi sur l'assurance maladie obligatoire, sont assurés les travailleurs et les chômeurs, les bénéficiaires de l'aide sociale, les agriculteurs, ainsi que tous les étrangers qui demeurent sur le territoire à titre temporaire ou permanent. Le Comité demande que le prochain rapport indique le pourcentage de la population qui est couvert par l'assurance santé obligatoire.

En ce qui concerne les prestations servies en remplacement du revenu, dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé quel pourcentage de la population active était couvert contre les risques de chômage, de maladie, de vieillesse et d'invalidité. À cet égard, il relève dans le rapport qu'en 2019, le Monténégro comptait 619 700 habitants, dont 278 300 actifs, et qu'en 2021, le nombre total d'assurés qui figuraient dans la base de données des assurés s'élevait à 678 141, dont 572 892 actifs. Tout citoyen du Monténégro et tout ressortissant étranger détenteur d'un titre de séjour permanent au Monténégro a le droit à l'assurance maladie, conformément à certains des motifs prescrits par la loi.

Le Comité note que les informations fournies dans le rapport concernant le nombre total de la population et de la population active et des assurés actifs prètent à confusion. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations plus précises sur la population active totale (actifs occupés et chômeurs) et le pourcentage de couverture contre les risques de sécurité sociale, tels que la vieillesse, l'invalidité, les accidents du travail, la maladie et le chômage. Le Comité rappelle à cet égard qu'en vertu de l'article 12, un pourcentage significatif de la population active devrait être assuré contre ces risques. Entretemps, le Comité réserve sa position sur ce point.

Caractère suffisant des prestations

D'après les données Eurostat, le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté, s'établissait à 157 € par mois, et 40 % du revenu médian ajusté correspondait à 126 € par mois en 2019. Le salaire minimum était de 222 € par mois en 2019.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que les montants minima des prestations de maladie, de chômage et d'invalidité étaient insuffisants.

En ce qui concerne les prestations de maladie, le Comité relève dans le rapport que, conformément à la loi sur l'assurance maladie obligatoire, les assurés salariés ont droit à une indemnité salariale en cas d'incapacité de travail temporaire résultant d'une maladie, et ce pour toute la durée de l'incapacité de travail temporaire. Son montant ne peut être inférieur à 70 % du revenu que la personne concernée aurait perçu si elle avait travaillé. Par conséquent, le Comité note qu'une personne percevant le salaire minimum recevrait une indemnité d'un montant égal à 155 €. Il demande si cette interprétation est correcte.

En ce qui concerne les allocations de chômage, conformément à la loi sur la médiation pour le placement et les droits pendant le chômage (2019), la compensation monétaire est l'un des droits d'un chômeur conformément à la loi. Le Comité note qu'en 2019, l'indemnité financière s'élevait à 108 €, ce qui, selon le rapport, correspond à une augmentation par rapport au montant antérieur, qui était fixé à 40 % du salaire minimum. Le Comité note également à ce sujet que les chômeurs qui ont acquis le droit à cette prestation en vertu de la législation précédente (loi sur l'emploi et l'exercice des droits en matière d'assurance

chômage, aujourd'hui abrogée) ont continué de percevoir 40 % du salaire minimum à titre d'indemnité de chômage. Le Comité note que tous ces montants sont inférieurs à 40 % du revenu médian ajusté. Dès lors, ils demeurent insuffisants et la situation n'est pas conforme à la Charte sur ce point.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la durée de versement des prestations de chômage pour les personnes ayant cotisé moins de dix ans était trop brève. En particulier, le Comité a noté qu'une personne assurée depuis moins de dix ans ne pouvait bénéficier des prestations de chômage que pendant 3 ou 4 mois, ce que le Comité a jugé trop court. Il note dans le rapport à ce sujet qu'en vertu de la nouvelle loi sur la médiation en matière de placement et de droits découlant du chômage, la durée de versement des prestations de chômage a été modifiée. Plus précisément, une personne assurée a droit à trois mois de prestations de chômage pour une durée de cotisation à l'assurance allant de neuf mois à cinq ans, et à six mois de prestations de chômage pour une durée de cotisation à l'assurance allant de cinq à 15 ans. Le Comité considère que cette période de droit (3 mois) est toujours trop courte et conclut donc que la situation n'est pas conforme à la Charte.

En ce qui concerne les prestations d'invalidité, le Comité relève dans le rapport que la loi portant modification de la loi sur l'assurance pension et invalidité de 2020 a augmenté la pension minimale de 13,16 % et l'a fait passer à 145 € en 2020. Le Comité note que la pension d'invalidité minimale s'élevait à 128 € en 2019. Il demande que le prochain rapport indique si les personnes percevant la pension d'invalidité minimale ont également droit à d'autres prestations.

Conclusion

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

- le montant minimum des prestations de chômage est insuffisant ;
- la durée de versement des prestations de chômage pour les personnes ayant cotisé jusqu'à cinq ans est trop courte.

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

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

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Monténégro.

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

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

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

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

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

En ce qui concerne le champ d'application personnel, le Comité se réfère à sa conclusion du présent cycle d'examen relative à l'article 12§1 dans laquelle il a réservé sa position dans l'attente d'informations plus précises sur le pourcentage de la population active couverte contre les risques de sécurité sociale.

S'agissant du niveau des prestations, le Comité rappelle qu'il a estimé que le montant minimum des prestations de chômage est insuffisant et que la durée de versement de ces prestations est trop courte pour les personnes ayant cotisé jusqu'à cinq ans (Conclusion 2021 relative à l'article 12§1) ; que le montant minimum de la pension de vieillesse est insuffisant (Conclusion 2021 relative à l'article 23) ; et que les prestations familiales ne couvrent pas un pourcentage significatif de familles (Conclusion 2019 relative à l'article 16). Le Comité rappelle aussi qu'il ne s'est pas prononcé sur le caractère suffisant des indemnités salariales en cas d'incapacité de travail temporaire résultant d'une maladie ainsi que des prestations d'invalidité, dans l'attente d'informations (Conclusion 2021 relative à l'article 12§1).

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Monténégro n'est pas conforme à l'article 12§2 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que le Monténégro maintienne un régime de sécurité

sociale à un niveau satisfaisant, au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale.

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 3 - Evolution du système de sécurité sociale

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Monténégro.

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 n'était pas conforme, au motif qu'aucune mesure n'avait été prise durant la période de référence pour porter le système de sécurité sociale à un plus haut niveau (Conclusions 2017). Il avait demandé que le prochain rapport contienne des informations sur :

- les modifications apportées au système de sécurité sociale, en précisant l'effet de ces modifications sur le champ d'application personnel et le niveau minimum des prestations versées en remplacement des revenus ;
- la mise en œuvre et l'impact de la loi relative aux soins de santé et de la loi sur l'assurance maladie.

L'examen du Comité portera donc sur les informations fournies par le Gouvernement en réponse à la conclusion de non-conformité et aux deux questions ciblées en relation avec l'article 12§3 de la Charte, 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 ciblée 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.

Evolution du système de sécurité sociale

Le Comité renvoie à ses conclusions relatives à l'article 12§1 pour une description du système de sécurité sociale monténégrin (Conclusions 2017 et 2021). S'agissant des prestations de maternité et des prestations familiales, il renvoie à ses conclusions relatives, respectivement, à l'article 8§1 et à l'article 16 (Conclusions 2019).

Le Comité rappelle que l'article 12§3 fait obligation aux Etats d'améliorer leur système de sécurité sociale. Une situation qui révèle des progrès peut s'avérer conforme à l'article 12§3 même si les niveaux d'exigence requis par les articles 12§1 et 12§2 n'ont pas été atteints ou si ces deux dispositions n'ont pas été acceptées. L'extension des régimes, la couverture de nouveaux risques ou le relèvement des prestations sont autant d'exemples d'améliorations. Un développement partiellement restrictif du système de sécurité sociale n'est pas automatiquement contraire à l'article 12§3. Il doit être apprécié à la lumière de l'article 31 de la Charte de 1961 ou de l'article G de la Charte révisée. Pour apprécier la situation, il est tenu compte des critères suivants :

- la nature des modifications (champ d'application, conditions d'octroi des prestations, montants des prestations, etc.) ;
- l'étendue des modifications (catégories et nombre des personnes concernées, montants des prestations avant et après les modifications) ;
- les motifs des modifications (les buts poursuivis) et la politique sociale et économique dans laquelle s'inscrivent les modifications ;

- la nécessité de la réforme ;
- l'existence de mesures d'assistance sociale destinées aux personnes qui se trouvent dans le besoin du fait des modifications (ces informations pouvant être présentées au titre de l'article 13) ;
- les résultats obtenus grâce à ces modifications.

Dans son rapport, le Gouvernement mentionne (sous l'article 12§1) un certain nombre de modifications apportées au système de sécurité sociale durant la période de référence. En particulier, il indique que la loi sur la médiation en matière de placement et les droits en cas de chômage est entrée en vigueur le 30 avril 2019. Cette loi a réduit la durée d'affiliation requise pour bénéficier des allocations de chômage (neuf des 18 mois précédant le début de la période de chômage, comparés à douze des 18 derniers mois antérieurement) ; de plus, les montants des allocations ont été augmentés et la durée de versement des allocations a été allongée pour certaines catégories de chômeurs. Selon les statistiques officielles, le nombre mensuel moyen de bénéficiaires d'allocations de chômage a augmenté de 6 386 en 2016 à 12 372 en 2019, alors que le nombre de chômeurs inscrits a diminué de 48 300 en 2016 à 43 400 en 2019.

Le Gouvernement indique en outre que la revalorisation des pensions de retraite et d'invalidité, qui avait été suspendue durant toute la période de référence précédente (2012-2015) en raison de la mauvaise conjoncture économique, a repris en 2016. Les montants des pensions minimums ont ainsi augmenté de 101 € au 1^{er} janvier 2016 à 128 € au 1^{er} janvier 2019 (puis à 145 € en 2020, suite à l'entrée en vigueur en août 2020 de la loi portant modification de la loi sur l'assurance en matière de pension et d'invalidité – hors période de référence).

Le Comité prend note de ces développements positifs, qui satisfont aux exigences de l'article 12§3 de la Charte. Il demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées sur la mise en œuvre de la loi sur la médiation en matière de placement et les droits en cas de chômage et de la loi sur l'assurance en matière de pension et d'invalidité, ainsi que sur l'impact de ces textes.

Le rapport du Gouvernement contient aussi des informations au sujet de la loi sur l'assurance maladie. Le Comité renvoie sur ce point à sa Conclusion relative à l'article 12§1.

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 conformément à la loi sur le travail (telle que publiée au Journal officiel n° 074/19 du 30 décembre 2019), l'employeur est tenu de conclure un contrat de travail avec le salarié (article 29) et d'inscrire le salarié à la sécurité sociale obligatoire à la date de son entrée en service (article 33). La sécurité sociale obligatoire comprend l'assurance maladie, l'assurance retraite et invalidité et l'assurance chômage. Le Gouvernement ajoute que les personnes devant cotiser à ces assurances sont énumérées dans la loi sur les cotisations à la sécurité sociale obligatoire (articles 5, 6 et 7). Il renvoie aux observations qu'il a présentées sous l'article 12§1 concernant les droits des salariés en matière de maladie, retraite, invalidité et chômage.

Le Comité note que le Gouvernement n'a fourni aucune information relative à la couverture sociale des travailleurs des plateformes numériques. Par conséquent, le Comité réitère sa question. Il demande que le prochain rapport contienne des informations 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). Dans l'intervalle, le Comité réserve sa position sur ce point.

Covid-19

En réponse à la seconde question ciblée, le Gouvernement indique qu'il a adopté trois paquets de mesures (en mars, avril puis juillet 2020) pour atténuer l'impact négatif de la pandémie et soutenir à la fois l'économie et les groupes les plus vulnérables de la société. Il détaille ces mesures, qui incluaient entre autres :

- le versement d'une aide financière (généralement 50 €) aux retraités percevant la pension minimum, aux chômeurs inscrits auprès de l'Agence pour l'emploi en date du 31 mars 2020 et aux familles des bénéficiaires de l'assistance matérielle ;
- le report du paiement des contributions salariales ainsi que du remboursement des emprunts contractés par les particuliers et les entreprises auprès des banques, des institutions de microcrédit et du Fonds d'investissement et de développement (FID) ;
- la création d'une ligne de crédit du FID pour améliorer les liquidités des entrepreneurs et des entreprises (jusqu'à trois millions € par entrepreneur/entreprise, selon une procédure simplifiée, sans frais d'accord et à un taux d'intérêt bas) ;
- des aides pour le maintien de l'emploi (subventions salariales) ;
- des aides à l'embauche.

Conclusion

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

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 4 - Sécurité sociale des personnes se déplaçant entre les Etats

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Monténégro.

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. La législation nationale 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§4a 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.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2017), le Comité a relevé qu'aux termes de l'article 9 de la loi relative à l'assurance pension et invalidité, les étrangers et les apatrides ont accès au régime d'assurance pension et invalidité dans les mêmes conditions que les citoyens monténégrins. Le Comité relève dans le rapport que la loi relative aux ressortissants étrangers est entrée en vigueur en 2018 et qu'elle régit l'entrée au Monténégro, la sortie du pays et les déplacements dans le pays des ressortissants de l'UE ainsi que le séjour et le travail de ces personnes au Monténégro. En ce qui concerne l'accès aux indemnités de chômage, le Comité note que d'après la loi relative à la mise en relation des travailleurs et des employeurs et aux droits en cas de chômage, les étrangers détenteurs d'un permis de séjour temporaire ou permanent peuvent exercer leur droit à une indemnité matérielle en cas de chômage, aux mêmes conditions que les citoyens monténégrins. Le Comité demande que le prochain rapport confirme que tous les ressortissants des États parties ont accès au système de sécurité sociale et ont droit aux indemnités afférentes dans les mêmes conditions que les nationaux.

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 essentiellement 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. Au regard 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. Au regard 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 sait que les États parties qui sont également des États membres de l'UE sont tenus, en vertu de la législation de l'UE relative à la coordination des systèmes de sécurité sociale, d'appliquer des règles de coordination qui prévoient dans une large mesure l'exportabilité des allocations pour enfants à charge et des prestations familiales. Lorsque la situation est couverte par la Charte, et que la législation 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 la question de l'égalité d'accès des familles aux prestations familiales et cherchera à déterminer si la législation impose aux familles une durée obligatoire de résidence pour l'octroi des allocations pour enfants à charge.

Le Comité relève dans le rapport que d'après l'article 5 de la loi sur la protection sociale et la protection de l'enfant, le droit à la protection sociale consacré par ladite loi et par l'accord international peut être exercé par un ressortissant étranger muni d'un titre de séjour temporaire ou permanent. Le Comité relève dans la base MISSCEO que les ressortissants étrangers munis d'un titre de séjour temporaire ou permanent ont droit aux prestations familiales. Le Comité considère que la situation est conforme sur ce point.

Droit au maintien des avantages acquis

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

Le Comité relève dans le rapport que le Monténégro a conclu 23 accords bilatéraux avec des États parties à la Charte. Ces accords garantissent le respect du principe d'égalité de traitement pour les ressortissants de ces États parties. Ils garantissent aussi le respect du principe de totalisation des périodes d'assurance ou d'autres périodes pertinentes pour l'acquisition des droits à prestations, le respect du principe de versement des prestations sur le territoire d'autres parties, et le respect du principe de coopération entre les institutions compétentes. Le Comité 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 vis-à-vis des États avec lesquels le Monténégro n'a pas conclu d'accord bilatéral. Dans l'intervalle, il réserve sa position sur la question.

Droit à la conservation des droits en cours d'acquisition (article 12§4b)

Le Comité rappelle qu'au regard de l'article 12§4b, le fait d'avoir changé d'État 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 de pro rata 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 d'ordre législatif ou administratif. Les États qui ont ratifié la Convention européenne de sécurité sociale sont présumés avoir fait suffisamment d'efforts pour assurer le maintien de ces droits.

Le rapport indique que le droit à la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi est garanti par l'application des accords bilatéraux de sécurité sociale. Le Monténégro applique des accords bilatéraux de sécurité sociale avec 23 États ayant adhéré à la Charte sociale européenne. Les négociations préalables à la conclusion d'un accord avec la Roumanie sont terminées. En outre, des initiatives ont été entreprises pour conclure un accord avec l'Albanie, la Grèce et l'Ukraine. Le Comité demande que le prochain rapport indique comment le maintien des droits en cours d'acquisition est garanti aux ressortissants des États parties avec lesquels de tels accords bilatéraux n'ont pas été conclus. Dans l'intervalle, il réserve sa position sur la question.

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 du Monténégro.

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.

Le Comité avait conclu précédemment que la situation au Monténégro n'était pas conforme à l'article 13§1 de la Charte au motif que ; le droit à l'assistance sociale n'était pas garanti en tant que droit subjectif de toute personne seule sans ressources et que le niveau de l'assistance sociale était manifestement insuffisant (Conclusions 2017). L'appréciation du Comité portera donc uniquement sur les informations fournies par le Gouvernement en réponse à cette question et aux questions ciblées.

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

Le Comité prend note des développements intervenus au cours de la période de référence. Le rapport fournit des chiffres concernant les bénéficiaires d'aides financières, d'allocations familiales, de soins et d'accompagnement, etc. Les montants ont été révisés en 2020. Le rapport indique qu'il y a 28338 bénéficiaires d'un soutien financier. Parmi ceux-ci, on compte 19270 personnes bénéficiant d'une allocation de soins et de soutien.

En réponse à la précédente conclusion de non-conformité au motif que l'assistance sociale n'est pas fournie en tant que droit subjectif d'un individu (parce qu'il/elle n'a pas de ressources et n'est pas en mesure d'obtenir des ressources adéquates d'une autre manière), le rapport indique que conformément à la législation du Monténégro, le droit à un soutien financier est exercé en fonction du statut personnel du bénéficiaire (état de santé, statut familial, obligation alimentaire en vertu de la loi sur la famille, revenus, salaires, actifs, etc.) Les personnes qui sont capables de travailler sur la base des conditions susmentionnées exercent leurs droits dans le cas où elles ont des enfants mineurs ou des enfants majeurs si elles ont un droit parental étendu (maladie de l'enfant). Ceux qui peuvent travailler, avec et/ou sans enfants, bénéficient de l'allocation de chômage conformément à la réglementation. Les chômeurs qui peuvent travailler et qui n'ont pas d'enfants ou toute autre situation donnant droit à une allocation (handicap, maladie, etc.), peuvent exercer le droit à une aide financière non récurrente (voir ci-dessous) et le droit à certains services dans le domaine de la protection sociale (conseil, hébergement).

Le rapport indique également qu'au niveau local, les bénéficiaires exercent également leurs droits conformément aux décisions des municipalités, qui sont indépendantes du niveau central, notamment l'aide financière non récurrente, le service d'aide à domicile, les repas dans la Cuisine nationale, le logement conformément à la loi sur le logement social, etc. Ils

exercent également certains droits dans le domaine des soins de santé, notamment l'exemption du paiement du ticket modérateur pour les services dans ce domaine ou du ticket modérateur pour les médicaments. À titre de comparaison des prestations de protection sociale, le montant de la pension la plus faible au Monténégro était en 2020 de 144 €, tandis que la pension moyenne était d'environ 290 €.

Le Comité prend note de ces informations, qui confirment que la situation n'a pas changé depuis l'évaluation faite dans l'ancienne conclusion de 2017. Selon les informations publiées dans la base de données MISSCEO et dans un *aperçu* comparatif des tendances et développements récents en matière de protection sociale dans les pays MISSCEO, publié en 2020 (<https://rm.coe.int/missceo-e-2020-trends-developments-social-protection/1680a14352>), au Monténégro, le taux de cotisation des employeurs pour les branches soins de santé, maladie et maternité a diminué de 4,3 % à 2,3 % du salaire brut. Les pensions et les prestations en espèces en cas de maladie ont légèrement augmenté. En ce qui concerne les prestations de chômage, une nouvelle loi sur la médiation dans le placement et les droits découlant du chômage a été adoptée en 2019. Les conditions de qualification pour avoir droit aux allocations de chômage ont été modifiées. La période de qualification, qui était auparavant d'au moins 12 mois de service continu dans l'assurance ou avec des interruptions dans les 18 derniers mois, a été réduite de 12 à 9 mois. D'autre part, le droit aux prestations a également été étendu à l'assuré qui, en vertu d'une loi spéciale, a cessé d'exercer une activité entrepreneuriale, professionnelle ou autre à titre principal, sans qu'il en soit responsable. Toutefois, il n'existe toujours pas de ressources minimales garanties. L'assistance sociale n'est pas fournie, en tant que droit subjectif de toute personne seule, qu'elle soit ou non capable de travailler et qu'elle appartienne ou non à une catégorie vulnérable, au seul motif qu'elle est sans ressources et qu'elle ne peut obtenir des ressources suffisantes par aucun autre moyen. La situation n'est donc pas conforme à la Charte.

Le Comité a également demandé dans son ancienne conclusion si la suppression de l'aide sociale en réponse au refus d'une offre d'emploi laisse la personne concernée complètement privée de ses moyens de subsistance. Le rapport indique qu'il y a eu une augmentation de certaines aides financières. Alors qu'en 2014, un total d'environ 50,2 millions d'euros a été versé par le budget de l'État pour les droits et la protection sociale et de l'enfance, environ 75 millions d'euros ont été versés en 2019. Plus de 55 % de ce montant a été alloué aux droits indépendamment de la situation financière de l'individu ou de la famille. Toute augmentation de l'aide financière au cours de la période à venir dépendra des possibilités financières du budget de l'État. Le Comité note que cela ne répond pas à la question. Selon MISSCEO, pour avoir droit aux prestations familiales en espèces pour les personnes en âge de travailler, il faut que la personne n'ait pas refusé l'emploi ou la formation professionnelle, le recyclage ou la formation complémentaire qui lui ont été proposés, conformément à la loi. Il s'ensuit qu'une personne peut être privée de l'accès de base à l'aide sociale si elle n'entre pas dans l'une des catégories spéciales et est en âge de travailler. La situation n'est donc pas conforme à la Charte.

Niveaux de prestations

Comme indiqué dans ses précédentes conclusions (2013, 2017), le Comité a constaté que le niveau de l'aide sociale versée à une personne seule sans ressources était manifestement insuffisant. Le Comité constate à la lecture du rapport que la situation n'a pas évolué. Le rapport indique que le montant de l'indemnisation pour un individu ainsi que pour les familles de plusieurs membres n'est pas déterminé en fonction de leurs besoins mais en fonction des possibilités du budget de l'État, des tendances économiques, des salaires moyens des personnes employées, etc. L'augmentation de la rémunération d'un individu aura une incidence sur l'augmentation de la rémunération des familles de plusieurs membres. Les salaires, tant dans le secteur public que dans le secteur privé, ne sont pas payés en fonction des besoins de l'individu mais en fonction du revenu de l'employeur. Par

conséquent, les bénéficiaires de l'aide sociale ne peuvent pas être traités différemment de ceux qui travaillent et se trouvent dans une situation où leur revenu ne dépend pas de ces facteurs.

Le Comité rappelle que l'article 13 rompt avec la conception traditionnelle de l'assistance, qui était liée au devoir moral de charité. Les Parties contractantes ne sont pas seulement habilitées à accorder l'assistance qu'elles jugent nécessaire. Elles sont soumises à une obligation qu'elles peuvent être appelées à respecter devant les tribunaux.

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

- Prestation de base : le Comité note de MISSCEO que le montant de la prestation en espèces sur une base mensuelle pour une famille monoparentale s'élevait à 68,30 € en 2019 (le rapport fait référence à 68,57 €).
- Prestations complémentaires : dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé au prochain rapport de fournir des informations concernant le montant moyen des prestations complémentaires versées à une personne seule bénéficiaire de l'aide sociale. Le rapport indique que les bénéficiaires de l'aide sociale peuvent également avoir droit à d'autres types de prestations, telles qu'une aide financière ponctuelle (qui, en fonction de la raison de la demande d'aide, peut s'élever à un montant annuel de 50 € à 300 €), des subventions pour l'électricité (d'un montant moyen de 20 € à 30 €) ; certaines catégories ont droit à un service d'aide à domicile, à un logement de jour et à d'autres prestations (comme le transport). Le rapport indique qu'en raison de sa décentralisation, il est difficile de calculer le montant moyen des prestations.
- Seuil de pauvreté (défini comme 50 % du revenu équivalent médian et calculé sur la base de la valeur du seuil de risque de pauvreté d'Eurostat) : le rapport indique que le salaire minimum médian s'élève à 222 €. Selon l'Eurostat, le seuil de pauvreté s'élevait à 157 € en 2019 .

Le Comité note que le rapport, là encore, n'indique pas la valeur monétaire moyenne de toutes les prestations supplémentaires qui seraient versées à une personne seule sans ressources, en plus de la prestation d'aide sociale. Toutefois, le Comité considère que le niveau de l'aide sociale est manifestement inadéquat sur la base du fait que l'aide qui peut être obtenue (68,57 €), même si certaines prestations sont disponibles pour certaines catégories de personnes, est bien inférieure au seuil de pauvreté et est donc manifestement insuffisant.

Droit de recours et aide judiciaire

Le Comité a considéré que la situation était conforme sur ce point dans ses anciennes conclusions et aucune question ciblée n'a été posée en ce qui concerne le droit d'appel et l'assistance juridique. Il n'y a pas d'informations supplémentaires à cet égard.

Champ d'application personnel

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

Les ressortissants étrangers légalement présents sur le territoire

Dans sa Conclusion de 2017, le Comité avait demandé de confirmer si l'assistance sociale et médicale est fournie aux ressortissants des États parties résidant légalement ou travaillant régulièrement au Monténégro sur un pied d'égalité avec les nationaux. Le rapport indique que cela figure à l'article 5 paragraphe 2 de la loi sur la protection sociale et de l'enfant, qui stipule que les droits de protection sociale et de l'enfant peuvent être exercés

par tout ressortissant étranger ayant une résidence temporaire approuvée ou une résidence permanente dans le pays. Si un ressortissant étranger vient d'un pays avec lequel le Monténégro n'a pas conclu d'accord sur l'assurance sociale, et que le ressortissant étranger ne dispose pas des fonds nécessaires pour payer le service fourni, les coûts sont supportés par le budget du Monténégro. La loi sur la protection internationale et temporaire des ressortissants étrangers stipule que les ressortissants étrangers qui ont obtenu une protection internationale ont droit à une protection sociale et sanitaire, au même titre que les citoyens monténégrins. Dans la pratique, ces personnes bénéficient des droits à la protection sociale dans les mêmes conditions et de la même manière que les ressortissants nationaux.

Les ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire

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

En ce qui concerne l'assistance médicale d'urgence, dans sa conclusion au titre de l'article 13§4 (Conclusions 2015), le Comité a estimé que la situation répondait aux exigences de l'article 13§4. Les établissements et les agents de santé sont tenus de fournir à un étranger une assistance médicale d'urgence. Un étranger doit supporter les coûts prévus pour l'assistance médicale d'urgence ou d'autres types de soins de santé, conformément à la liste de prix d'un établissement médical. Le Comité a demandé en 2017 si ces frais sont dispensés dans le cas où la personne concernée est sans ressources. Il a réservé sa position sur ce point dans l'intervalle.

Le rapport indique que des services médicaux sont fournis aux étrangers qui en ont besoin. Une attention particulière est accordée aux groupes particulièrement vulnérables, notamment les enfants et les jeunes, les femmes, les personnes âgées, les personnes handicapées, les membres de groupes minoritaires, les travailleurs migrants, les non-ressortissants, ainsi que les réfugiés, les personnes déplacées et les demandeurs d'asile. Les réfugiés, les personnes déplacées et les demandeurs d'asile doivent être traités sans discrimination. Le rapport indique des informations sur les étrangers qui demandent une protection internationale et les étrangers hébergés dans des centres d'accueil.

Le Comité prend note de ces informations. Cependant, le rapport ne fait référence qu'aux demandeurs d'asile ou aux étrangers qui peuvent demander à rester sous protection internationale, mais il n'y a aucune information concernant les ressortissants étrangers en situation irrégulière et la manière dont ils peuvent avoir accès à l'assistance sociale et médicale (d'urgence) afin de couvrir leurs besoins de base. Le Comité réitère sa question. Si ces informations ne sont pas fournies dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte.

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

Le rapport indique que les personnes sans ressources exercent leur droit à l'assistance sociale pendant la crise provoquée par la covid-19 de la même manière et selon la procédure que pendant la période sans crise, car la crise elle-même n'a pas nécessité un changement de réglementation dans le domaine de la protection sociale et de l'enfance. Afin de faciliter l'accès aux droits dans le domaine de la protection sociale et de l'enfance, les centres d'action sociale pendant la covid-19 ont établi des règles de communication avec les bénéficiaires, en donnant la priorité à la communication indirecte par téléphone et par application électronique permettant également aux bénéficiaires de déposer la demande dans la boîte aux lettres à l'entrée du centre. Pour les services qui nécessitent une présence

personnelle, un régime spécial d'entrée et de séjour dans les locaux du centre a été établi. En cas d'urgence et d'intervention, un téléphone est mis à la disposition des clients 24 heures sur 24. En 2020, le gouvernement du Monténégro a opté à deux reprises, en plus de l'aide financière mensuelle régulière, pour une aide financière non récurrente pour les bénéficiaires de l'aide financière, les bénéficiaires de l'allocation de soins et d'assistance et les bénéficiaires de l'allocation personnelle d'invalidité.

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 du Monténégro n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte aux motifs que :

- le droit à l'assistance sociale n'est pas garanti à toute personne seule sans ressources ;
- le niveau de l'assistance sociale est manifestement insuffisant.

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

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

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

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

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Monténégro.

Le Comité rappelle qu'aux fins du présent rapport, les États ont été invités à répondre à des questions ciblées, ainsi que, le cas échéant, à des conclusions antérieures de non-conformité ou de report (voir l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, par laquelle le Comité a demandé un rapport sur la mise en œuvre de la Charte en ce qui concerne les dispositions relevant du groupe thématique " Santé, sécurité sociale et protection sociale "). Toutefois, aucune question ciblée n'a été posée en ce qui concerne l'article 13§4. Le Comité a reporté sa précédente conclusion en 2017. Il limitera donc son examen aux réponses du gouvernement à sa précédente demande d'informations complémentaires pertinentes.

Le Comité se réfère à sa conclusion relative à l'article 13§1 (champ d'application personnel) et rappelle que l'article 13§4 couvrira l'assistance sociale et médicale d'urgence pour les ressortissants des États parties légalement présents (mais non résidents) sur le territoire. Le Comité rappelle que les États parties sont tenus de fournir aux étrangers non résidents, sans ressources, une assistance sociale et médicale d'urgence. Cette aide doit couvrir le logement, la nourriture, l'habillement et l'assistance médicale d'urgence, pour faire face à un état de besoin urgent et sérieux (sans interpréter de manière trop restrictive les critères d'"urgence" et de "gravité"). Aucune condition de durée de présence ne peut être posée au droit à l'aide d'urgence (Réclamation n° 86/2012, Fédération européenne des organisations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANSA) c. Pays-Bas, décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014, §171).

Dans sa conclusion 2017 concernant l'article 13§4, le Comité a posé deux questions : si l'aide sociale et médicale d'urgence serait accordée sans frais aux personnes qui se trouvent légalement sur le territoire (par exemple les touristes et les personnes en transit) au cas où la personne concernée serait sans ressource. L'autre question était de savoir si l'octroi de l'aide sociale et médicale d'urgence était laissé à la discrétion des centres d'action sociale.

Le Comité note dans le rapport que, selon la loi sur les soins de santé (article 12, paragraphe 2), les établissements de santé et les praticiens de la santé sont tenus de fournir des soins médicaux d'urgence aux ressortissants étrangers. Cette disposition est impérative, et le centre de travail social ne peut pas refuser des soins de santé à une personne qui a besoin d'une intervention médicale urgente. En ce qui concerne l'assistance sociale d'urgence pour les ressortissants étrangers en situation régulière, le rapport indique que l'article 5, paragraphes 2 et 3 de la loi sur la protection sociale et de l'enfance stipule que les droits de protection sociale et de l'enfance peuvent être exercés par un ressortissant étranger ayant une résidence temporaire approuvée ou une résidence permanente dans le pays. Par conséquent, cette disposition ne semble pas s'appliquer aux catégories de personnes qui se trouvent légalement sur le territoire mais qui ne sont pas des résidents (par exemple, les touristes et les personnes en transit). Le rapport fait également référence à une aide financière non récurrente et à un hébergement temporaire, qui pourraient être considérés comme une aide sociale d'urgence, disponibles pour les demandeurs d'asile et les étrangers sous protection subsidiaire.

Le Comité considère que les ressortissants étrangers en situation régulière peuvent avoir accès à l'aide médicale d'urgence. En ce qui concerne l'assistance sociale, le Comité note que toutes les personnes dans le besoin ne peuvent pas avoir accès à cette assistance, car elle n'est disponible que pour les personnes ayant un permis de séjour, les demandeurs d'asile et les étrangers sous protection subsidiaire.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Monténégro n'est pas conforme à l'article 13§4 de la Charte au motif que tous les ressortissants étrangers en situation régulière non-résidents dans le besoin n'ont pas droit à l'aide sociale d'urgence.

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 du Monténégro.

Le Comité rappelle que l'article 14§ 1 garantit le droit au bénéfice des services sociaux généraux. Il note qu'aux fins du présent rapport, il a été demandé aux États de répondre aux questions ciblées posées au titre de cette disposition (questions figurant dans l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, dans laquelle le Comité a demandé un rapport sur l'application des dispositions de la Charte relevant du groupe thématique « Santé, sécurité sociale et protection sociale »), ainsi qu'aux précédents constats de non-conformité et aux décisions d'ajournement.

Par conséquent, il se concentrera sur les réponses du gouvernement aux questions ciblées, à savoir comment et dans quelle mesure les activités des services sociaux ont été maintenues pendant la crise de la covid-19 et si des mesures spécifiques ont été prises dans l'éventualité de futures crises de ce type. Le Comité souhaite signaler qu'il prendra acte des informations fournies en réponse à la question concernant la covid-19 à des fins d'information seulement, car elles concernent des faits survenus en dehors de la période de référence (à savoir, après le 31 décembre 2019). En d'autres termes, la réponse ne sera pas évaluée à des fins de conformité avec la Charte dans le cadre du présent cycle d'examen.

Dans la conclusion précédente (Conclusions 2017), le Comité a estimé que la situation était conforme à la Charte. La situation n'a pas changé, comme le confirme la description plus détaillée, fournie par le rapport, de l'organisation des services sociaux et des activités menées par les services sociaux (tels que les services de garde de jour, le service d'hébergement, l'aide à domicile, les services aux familles pour les victimes d'abus, de négligence, de violence domestique et d'exploitation ou qui risquent d'en être victimes, y compris les stations d'accueil). Le rapport fournit également des statistiques actualisées, ainsi que des informations sur la répartition géographique des services sociaux.

En réponse aux questions ciblées du Comité, le rapport indique que pendant la pandémie de COVID 19, la prestation de services sociaux s'est poursuivie. Les Centres de Travail Social (CSR) ont établi des règles de communication avec les bénéficiaires, qui, en plus de la communication directe, ont reçu des moyens pour une plus grande communication indirecte et la possibilité de soumettre des demandes dans la boîte aux lettres à l'entrée du centre. Une ligne d'assistance téléphonique a été mise en place, qui est à leur service 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

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 du Monténégro 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 du Monténégro.

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 cadre juridique, que le Comité a jugé conforme à la Charte dans la conclusion précédente (Conclusions 2017) n'a pas changé. Le rapport fournit des informations supplémentaires sur la mise en œuvre de la loi sur la protection sociale et de l'enfance, telles que les manuels de règles complémentaires, la mise en place d'une licence pour les prestataires de services, les programmes de formation et les procédures d'accréditation.

En réponse à la question ciblée, le rapport fournit un exemple de la participation des usagers telle qu'elle est prévue par la loi sur la protection sociale de l'enfance, qui établit un principe de participation active des bénéficiaires dans la création, la sélection et l'utilisation des droits de la protection sociale et de l'enfance, qui repose sur la participation à l'évaluation de la situation et des besoins et sur la décision de recourir aux services nécessaires. La loi prévoit également des critères et des points de référence pour la participation des bénéficiaires aux coûts du service fourni.

Les informations très générales de l'exemple fourni ne permettent toutefois pas au Comité de procéder à une évaluation complète de la situation sous l'angle de toutes les exigences de l'article 14§2. Par conséquent, il demande que le prochain rapport fournisse des informations complètes sur la participation des usagers aux services sociaux, en particulier, comment la participation des usagers aux différents services sociaux est encouragée dans la législation et les autres prises de décision, comment les principes généraux sont mis en œuvre et si des mesures pratiques pour la soutenir, y compris budgétaires, ont été adoptées ou envisagées.

Conclusion

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

Article 23 - Droit des personnes âgées à une protection sociale

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Monténégro.

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 les droits économiques et sociaux des personnes âgées soient respectés, à la crise de la covid-19 et aux précédents constats de non-conformité et décisions d'ajournement.

Le Comité souhaite signaler qu'il prendra acte des informations fournies en réponse à la question concernant la covid-19 à des fins d'information seulement, car elles concernent des faits survenus en dehors de la période de référence (à savoir, après le 31 décembre 2019). En d'autres termes, la réponse ne sera pas évaluée à des fins de conformité avec la Charte dans le cadre du présent cycle d'examen.

La précédente conclusion était un constat de non-conformité, au motif que le montant minimum des pensions de vieillesse était manifestement insuffisant et que les structures d'hébergement pour personnes âgées n'étaient ni soumises à une procédure d'accréditation, ni inspectées par un organe indépendant (Conclusions 2017).

Autonomie, inclusion et citoyenneté active

Cadre législatif

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

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

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

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

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

La Charte met globalement l'accent sur le recours aux droits sociaux pour renforcer l'autonomie individuelle et le respect de la dignité des personnes âgées et de leur droit à s'épanouir dans la société. Il faut pour cela s'engager à identifier et à éliminer les attitudes âgistes et les lois, politiques et autres mesures qui illustrent ou renforcent l'âgisme. Le Comité estime que les États parties, outre l'adoption d'une législation globale interdisant la discrimination fondée sur l'âge, doivent prendre un large éventail de mesures pour combattre l'âgisme dans la société. Ces mesures devraient comprendre la révision (et, le cas échéant, la modification) de la législation et des politiques en matière de discrimination fondée sur l'âge, l'adoption des plans d'actions visant à assurer l'égalité des personnes âgées, la promotion d'attitudes positives à l'égard du vieillissement par le biais d'activités telles que des campagnes de sensibilisation à l'échelle de la société et la promotion de la solidarité intergénérationnelle.

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

En ce qui concerne la discrimination fondée sur l'âge, le Comité a précédemment noté (Conclusions 2017) que la loi sur l'interdiction de la discrimination de 2010, telle qu'amendée en 2014, proscrit toute discrimination fondée sur les motifs expressément énoncés en son article 2, à l'instar de l'âge, dans de nombreux domaines. De plus, l'article 4 de la loi sur la santé se réfère à l'âge comme motif possible de discrimination prohibé, de même que la loi relative à la protection sociale et à la protection de l'enfance.

Le Comité a noté cependant qu'en dépit de ce cadre législatif, la discrimination fondée sur l'âge était très répandue, et il a demandé ce que faisait le Monténégro en pratique pour lutter contre ce type de discrimination en dehors de l'emploi (Conclusions 2017).

Le rapport ne dit rien à ce sujet. Le Comité demande une nouvelle fois que ces informations lui soient communiquées.

Le Comité prend note des informations détaillées fournies dans le rapport en réponse à ses questions précédentes sur les procédures de curatelle. Il rappelle qu'un cadre juridique national concernant l'assistance à la prise de décision pour les personnes âgées est nécessaire pour garantir à ces dernières le droit de pouvoir décider par elles-mêmes. Les personnes âgées ne doivent pas être présumées incapables de prendre une décision au seul motif qu'elles présentent un problème de santé ou un handicap particulier.

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

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

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

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

Prévention de la maltraitance des personnes âgées

En ce qui concerne la maltraitance des personnes âgées, le rapport mentionne plusieurs initiatives prises pour prévenir la violence domestique et protéger les personnes contre cette violence : un protocole relatif aux procédures, à la prévention et à la protection en matière

de violence à l'égard des femmes et de violence domestique, le Plan d'action national pour l'amélioration des services d'assistance générale aux victimes de violence domestique et le Plan national pour l'amélioration des services d'assistance spécialisée aux victimes de violence domestique pour la période 2019-2021.

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

Vie indépendante et soins de longue durée

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

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

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

Services et structures

Le rapport précise que des services d'aide à domicile sont proposés dans 15 communes et que 1 200 personnes environ en bénéficient. Le Comité demande si ces services seront étendus à l'ensemble du pays et s'ils sont payants. Le rapport indique en outre qu'il y a 13 centres de jour pour adultes et personnes âgées. Le Comité demande aussi si ces services sont payants.

Le rapport mentionne également le Refuge pour sans-abri de la maison de retraite Grabovac Risan, qui propose une solution d'hébergement à des personnes âgées, entre autres, pour une durée maximale de 12 mois puis un Centre d'action sociale est chargé de trouver un logement permanent aux personnes concernées.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur l'éventail de services et structures mis à la disposition des personnes âgées, notamment les soins de longue durée, en particulier ceux qui leur permettent de demeurer des membres actifs au

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

Le Comité demande quel soutien est mis à la disposition des aidants informels.

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

Logement

D'après le rapport, des mesures ont été prises pour pallier la pénurie de logements pour personnes âgées. Entre 2013 et 2020, 510 appartements pour personnes âgées ont été construits ; 276 autres sont en construction ou en projet.

Le Comité demande que le prochain rapport donne des informations détaillées sur la manière dont les besoins des personnes âgées sont pris en compte dans les politiques et stratégies nationales ou locales en matière de logement, ainsi que des informations sur l'offre de logements protégés/encadrés et l'éventail de possibilités de logement pour les personnes âgées.

Soins de santé

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

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

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

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

Soins en institution

Le Comité a conclu précédemment que la situation n'était pas conforme à l'article 23 de la Charte, au motif que les structures d'hébergement pour personnes âgées n'étaient ni soumises à une procédure d'accréditation, ni inspectées par un organe indépendant (Conclusions 2017).

Il ressort du rapport que la loi relative à la protection sociale et à la protection de l'enfance exige l'accréditation des structures d'hébergement pour personnes âgées. Le rapport précise en outre que les accréditations sont accordées pour une période de six ans à des prestataires de services qui répondent aux conditions prescrites. Le ministère du Travail et des Affaires sociales a accordé cinq accréditations.

Le rapport indique que la loi susmentionnée prévoit qu'un inspecteur indépendant doit contrôler les établissements en question.

D'après le rapport, quatre établissements publics et deux établissements privés prodiguent des soins à des personnes âgées et des personnes handicapées. Le Comité demande si tous les établissements, publics ou privés, doivent être accrédités, car il ressort des informations fournies dans le rapport qu'il existe sept établissements et que cinq accréditations seulement ont été accordées. Le Comité demande également si l'inspecteur peut se rendre dans tous les établissements, qu'ils soient publics ou privés.

Le rapport indique qu'en raison du manque de places dans les maisons de retraite, de nouveaux établissements ont été créés. Le Comité renvoie à sa déclaration ci-dessus concernant l'importance d'abandonner les soins en institution au profit des soins au sein de la collectivité.

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

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

Ressources suffisantes

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

Le Comité a conclu précédemment que la situation du Monténégro n'était pas conforme à l'article 23 de la Charte au motif que le montant minimum des pensions de vieillesse était manifestement insuffisant (Conclusions 2017).

D'après les données Eurostat, le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu équivalent médian, s'établissait à 157 € par mois en 2019 ; 40 % du revenu équivalent médian correspondait à 126 € mensuels. D'après le rapport et selon MISSCEO, la pension la plus faible versée en janvier 2019 s'élevait à 128,14 €. Le Comité note que ce montant est inférieur à 50 % du revenu équivalent médian. Le Comité conclut donc à nouveau que la situation n'est pas conforme à l'article 23 de la Charte au motif que le montant minimum des pensions de vieillesse est insuffisant.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations complètes et détaillées sur le montant minimum des pensions de vieillesse, ainsi que sur toute prestation complémentaire dont bénéficient éventuellement les personnes âgées et le montant minimum de revenu garanti à celles qui n'ont pas droit à une pension.

COVID-19

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

D'après le rapport, l'Institut de santé publique a adopté des recommandations pour prévenir et éradiquer la covid-19 dans les maisons de retraite. Parmi les mesures prises figurent la désinfection périodique, l'interdiction des visites, l'appui des épidémiologistes et le test régulier des employés dans les maisons de retraite. Très peu de cas de covid-19 ont été signalés.

Le Comité renvoie à la section de sa Déclaration sur la covid-19 et les droits sociaux relative aux personnes âgées (mars 2022) (et aux sections précitées). Il rappelle que l'article 23 exige que les personnes âgées et leurs organisations soient consultées à propos des politiques et mesures les concernant directement, notamment sur les mesures ad hoc prises dans le contexte de la crise actuelle. La planification de la reprise après la pandémie doit tenir compte des points de vue et des besoins spéciaux des personnes âgées et se fonder réellement sur les éléments de preuve collectés et les expériences faites pendant la pandémie.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Monténégro n'est pas conforme à l'article 23 de la Charte au motif que le montant minimum de la pension de vieillesse est insuffisant.