



mars 2022

CHARTE SOCIALE EUROPEENNE REVISEE

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2021

MACEDOINE DU NORD

Ce texte peut subir des retouches de forme.

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

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

Le présent chapitre concerne la Macédoine du Nord, qui a ratifié la Charte sociale européenne révisée le 6 janvier 2012. L'échéance pour remettre le 8^e rapport était fixée au 31 décembre 2020 et la Macédoine du Nord l'a présenté le 1 juin 2021.

Le Comité rappelle qu'il a été demandé à la Macédoine du Nord 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).

La Macédoine du Nord a accepté toutes les dispositions de ce groupe, sauf les articles 3§1, 3§3, 14, 23 et 30.

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

Les Conclusions relatives à la Macédoine du Nord concernent 10 situations et sont les suivantes :

– 3 conclusions de conformité : articles 11§2, 12§2 et 13§2 ;

– 3 conclusions de non-conformité : articles 12§1, 12§4 et 13§1.

En ce qui concerne les 4 autres situations, régies par les articles 3§2, 11§1, 11§3 et 12§3, le Comité nécessite des informations supplémentaires pour être en mesure d'examiner la situation.

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

Le rapport suivant de la Macédoine du Nord 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 2 - Règlements de sécurité et d'hygiène

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Macédoine du Nord.

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 ajourné sa précédente conclusion dans l'attente d'informations (Conclusions 2017). Par conséquent, l'appréciation du Comité portera uniquement sur les informations fournies par le gouvernement en réponse à la décision d'ajournement et à la question ciblée.

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a souligné que la réglementation relative à la santé et à la sécurité au travail doit tenir compte du stress lié au travail, ainsi que des agressions et violences propres au monde du travail que subissent en particulier les travailleurs engagés dans des relations d'emploi atypiques. Il a demandé que le rapport suivant contienne des informations complètes et détaillées sur la législation et la réglementation, notamment toute modification adoptée pendant la période de référence, régissant spécifiquement les risques énumérés dans l'introduction générale aux Conclusions XIV-2. Il a également demandé des explications sur la pertinence des lois, règlements et normes applicables dans le système juridique (Conclusions 2017).

En réponse, le rapport indique qu'entre 2016 et 2019, deux règlements ont été élaborés : le règlement sur les exigences minimales en matière de sécurité et de santé au travail des travailleuses enceintes, qui ont récemment accouché ou qui allaitent (Journal officiel de la République de Macédoine du Nord n° 197/2017) et le règlement sur la signalisation de sécurité et de santé au travail (Journal officiel de la République de Macédoine du Nord n° 107/2019). Le rapport indique également qu'une nouvelle loi relative à la sécurité et à la santé au travail sera adoptée. Il précise également que le rapport des experts de l'Organisation internationale du travail (OIT) visant à déterminer si le cadre juridique macédonien en matière de santé et de sécurité au travail était conforme aux normes internationales a été reçu fin 2018 et début 2019. Plusieurs réunions de consultation ont été organisées en 2019 en vue d'améliorer le cadre en question. En 2017, la Stratégie 2020 pour la sécurité et la santé au travail et son plan d'action ont été adoptés pour la période 2017-2020. La majorité des informations fournies sur la mise en œuvre de la stratégie se situe en dehors de la période de référence. Cependant, certaines activités ont été menées entre 2017 et 2019. Elles concernaient, par exemple, les effets de l'alcool, des stupéfiants, des substances psychotropes et des traitements médicaux sur la sécurité des travailleurs, la violence au travail qui porte atteinte au bien-être psychosocial des travailleurs de la santé, la recherche sur le stress lié au travail et le harcèlement au travail vécus par différents groupes de travailleurs.

Le Comité constate que le rapport ne contient pas les informations qu'il a demandées dans sa conclusion précédente. Par conséquent, il souligne que dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Macédoine du Nord soit conforme à l'article 3§2 de la Charte sur ce point.

Dans sa question ciblée posée au titre de l'article 3§2, le Comité a demandé des informations sur les mesures réglementaires adoptées pour améliorer la sécurité et l'hygiène professionnelles dans le contexte de situations changeantes ou nouvelles telles que

l'économie numérique et des plateformes. Ces mesures pouvaient par exemple concerner la stricte limitation et réglementation du suivi électronique des travailleurs, la reconnaissance du droit à la déconnexion, le droit à être indisponible en dehors des heures de travail et des périodes d'astreinte convenues, ainsi que la déconnexion numérique obligatoire du milieu de travail 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.

Le rapport ne donne toutefois aucune information sur ces différents points. Le Comité souligne que dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Macédoine du Nord 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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé des informations sur l'intention du Gouvernement de ratifier ou d'appliquer les Conventions de l'OIT n° 167 sur la sécurité et la santé dans la construction (1988), n° 176 sur la sécurité et la santé dans les mines (1995) et n° 184 sur la sécurité et la santé dans l'agriculture (2001). 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 la nécessité de ratifier les instruments de l'OIT sera évaluée dans la prochaine période. Le rapport précise que la Macédoine du Nord a déjà

adopté certains règlements : le règlement sur les exigences minimales en matière de sécurité et de santé au travail sur les chantiers de construction temporaires et mobiles (Journal officiel de la Macédoine du Nord n° 105/2008), le règlement sur les exigences minimales en matière de sécurité et de santé au travail des travailleurs des industries extractives par forage (Journal officiel de la Macédoine du Nord n° 163/2011), le règlement sur les exigences minimales en matière de sécurité et de santé au travail des travailleurs des industries extractives à ciel ouvert ou souterraines (Journal officiel de la Macédoine du Nord n° 64/2012). Le rapport indique également que la Stratégie 2020 pour la sécurité et la santé au travail fixe des priorités nationales, parmi lesquelles le développement de programmes de formation et d'éducation dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail.

Le Comité constate que le rapport ne contient aucune information spécifique sur la formation des travailleurs et demande par conséquent que ces informations soient fournies dans le prochain rapport.

Protection contre les substances et agents dangereux

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé des informations détaillées sur les valeurs limites d'exposition, sur l'interdiction de la fabrication et de la vente d'amiante ou de produits en contenant et sur l'incorporation des exigences énoncées dans les Recommandations 2007 de la Commission internationale de protection radiologique (Publication 103). Il a également demandé si les autorités avaient envisagé de dresser un inventaire de tous les bâtiments et matériaux contaminés. En outre, il souhaitait obtenir des informations sur les dispositions spécifiques relatives à la protection contre les risques d'exposition au benzène (Conclusions 2017).

Le rapport indique que la production, la vente et l'utilisation de tous les types d'amiante sont interdites conformément à la liste des produits chimiques interdits et faisant l'objet de restrictions datant de 2011. Par ailleurs, l'importation d'amiante a été interdite en 2013 par la décision sur la distribution de produits (importation et exportation). En outre, le règlement sur les exigences minimales en matière de sécurité et de santé concernant les risques liés à l'exposition à l'amiante pendant le travail (Journal officiel de la Macédoine du Nord n° 50/2009) a transposé plusieurs directives de l'Union européenne. Conformément à ce règlement, la concentration maximale autorisée d'amiante dans l'air des lieux de travail est de 0,1 fibre d'amiante par centimètre cube. Les travailleurs exposés à l'amiante font l'objet d'une surveillance médicale conformément au règlement et au règlement sur le type, les modalités, la portée et le prix des examens médicaux des travailleurs (Journal officiel de la Macédoine du Nord n° 60/2013).

Le Comité note que le rapport ne répond pas à la question de savoir si les autorités ont envisagé de dresser un inventaire de tous les bâtiments et matériaux contaminés par l'amiante.

En ce qui concerne le benzène, le rapport indique que le règlement sur les exigences minimales en matière de sécurité et de santé au travail contre les risques liés à l'exposition aux substances chimiques a été élaboré et adopté (Journal officiel de la Macédoine du Nord n° 46/2010) et que le benzène est répertorié dans l'annexe n° 1 de ce règlement en tant que cancérigène du groupe 1. Le règlement fixe les valeurs limites d'exposition professionnelle pour le benzène à 3,25 milligrammes par mètre cube pour une période de travail de 8 heures par jour. La même valeur limite est fixée par le règlement sur les exigences minimales en matière de sécurité et de santé au travail contre les risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes ou à des substances toxiques pour le système reproducteur (Journal officiel de la Macédoine du Nord n° 110/2010). La valeur limite à court terme correspond à une exposition maximum de 15 minutes qui ne peut être répétée plus de quatre fois au cours d'un poste de travail, avec un délai d'au moins 60 minutes entre deux

expositions à cette concentration. Pour le benzène, la valeur limite à court terme est fixée à 4 milligrammes par mètre cube.

Le rapport ne fournit aucune information sur l'incorporation des exigences énoncées dans les Recommandations 2007 de la Commission internationale de protection radiologique (Publication 103). Le Comité réitère donc sa précédente demande d'informations à cet égard et souligne que dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Macédoine du Nord soit conforme à l'article 3§2 de la Charte sur ce point.

Champ d'application personnel des règlements

Travailleurs temporaires

Dans sa conclusion précédente, le Comité a constaté que le rapport ne contenait aucune information sur la protection des travailleurs sous contrat à durée déterminée, des intérimaires et des travailleurs temporaires. Il a demandé que le rapport suivant contienne des informations sur la manière dont ces travailleurs étaient protégés de manière efficace et sans discrimination par la législation et la réglementation, notamment contre les risques liés aux périodes successives d'exposition aux substances dangereuses lorsqu'ils travaillent pour plusieurs employeurs, et par l'interdiction au recours aux travailleurs non permanents et temporaires pour des tâches particulièrement dangereuses. Il a également demandé des précisions concernant l'accès de ces travailleurs à l'information et à la formation en matière de santé et de sécurité au travail, ainsi qu'à la surveillance médicale et à la représentation au travail (Conclusions 2017).

Le rapport ne donne pas les informations demandées. Le Comité réitère donc sa précédente demande d'informations à cet égard et souligne que dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Macédoine du Nord soit conforme à l'article 3§2 de la Charte sur ce point.

Autres catégories de travailleurs

Dans sa conclusion précédente, le Comité a constaté que le rapport ne contenait aucune information sur la protection des travailleurs indépendants, des travailleurs à domicile et des employés de maison. Il a demandé que le rapport suivant contienne des informations sur la manière dont ces travailleurs étaient protégés de manière efficace et sans discrimination par la législation et la réglementation, notamment contre les risques liés aux périodes successives d'exposition aux substances dangereuses lorsqu'ils travaillent pour plusieurs employeurs. Il a également demandé des précisions concernant l'accès de ces travailleurs à l'information et à la formation en matière de santé et de sécurité au travail, ainsi qu'à la surveillance médicale et à la représentation au travail (Conclusions 2017).

Le rapport ne donne pas les informations demandées. Le Comité réitère donc sa précédente demande d'informations à cet égard et souligne que dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Macédoine du Nord soit conforme à l'article 3§2 de la Charte sur ce point.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé des informations sur les modalités de consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs lors de l'élaboration de la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail (Conclusions 2017).

En réponse, le rapport indique que les consultations dans le cadre de l'élaboration de la réglementation en matière de sécurité et de santé au travail incluent toujours des représentants des organisations d'employeurs et de travailleurs, des chambres de commerce, de la société civile et de la communauté universitaire, ainsi que d'autres experts.

Les consultations ont principalement lieu dans le cadre du Conseil national pour la sécurité et la santé au travail. Ses sessions se tiennent à intervalles réguliers, au moins 3 ou 4 fois par an, au cours desquelles un certain nombre de questions pertinentes sont discutées, et des documents importants dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail sont examinés et adoptés. Le Conseil national pour la sécurité et la santé au travail est un organe consultatif d'experts composé de 15 membres : 4 membres d'organisations d'employeurs, 4 membres d'organisations de travailleurs, 3 membres nommés par le gouvernement, 2 membres sont des représentants de la communauté universitaire, un membre est un représentant de l'association des experts dans le domaine de la sécurité au travail et le membre restant est un représentant de l'association des médecins. Les questions relatives à la sécurité et à la santé au travail font souvent l'objet de discussions au sein du Conseil économique et social tripartite, qui comprend des représentants du gouvernement et des organisations d'employeurs et de travailleurs. En 2016, le Conseil national pour la sécurité et la santé au travail a préparé des notes d'information sur l'évaluation de la mise en œuvre du plan d'action pour la sécurité au travail qui accompagne la stratégie 2011-2015 pour la sécurité au travail. Il a également adopté une conclusion générale selon laquelle un certain nombre d'activités prévues ont été menées avec succès et des résultats spécifiques ont été atteints. La stratégie pour la sécurité et la santé au travail et son plan d'action pour la période allant jusqu'à 2020 ont également été préparés en coopération avec ledit Conseil.

Conclusion

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

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

Paragraphe 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 de la Macédoine du Nord était conforme à la Charte, il n'y a pas eu d'examen de la situation en 2021.

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 1 - Elimination des causes d'une santé déficiente

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Macédoine du Nord.

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

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

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

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

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

Le rapport indique que, selon les données de l'Office national de la statistique, l'espérance de vie au cours de la période 2017-2019 était de 74,39 ans pour les hommes et de 78,28 ans pour les femmes, soit une durée de vie moyenne de 76,34 ans pour les deux sexes. Le Comité constate que, bien que l'espérance de vie ait légèrement augmenté depuis la dernière période de référence (75,7 ans en 2015), elle reste inférieure à celle des autres pays européens. Ainsi, d'après les estimations publiées par Eurostat, en 2019, l'espérance de vie moyenne à la naissance était de 81,3 ans pour les 27 pays de l'Union européenne.

Le rapport précise que les femmes ont une espérance de vie plus longue que les hommes (environ 3,9 ans d'écart). Le rapport fournit également des données statistiques concernant les principales causes de mortalité, à savoir les maladies cardiovasculaires (qui représentent 53,9 % de la totalité des décès), le cancer, les blessures, les empoisonnements et d'autres facteurs externes, ainsi que les maladies infectieuses transmissibles par le sang. Il est mentionné dans le rapport qu'en 2019, 50 cas d'hépatite C ont été enregistrés, soit une augmentation de 42,9 % par rapport aux 35 cas enregistrés l'année précédente. Le Comité demande des informations sur les mesures prises pour prévenir l'exposition au virus de l'hépatite C et la contamination qui en résulte.

Le Comité a précédemment demandé que le rapport fournisse des données statistiques globales et ventilées sur l'espérance de vie dans tout le pays et entre les différents groupes

de population (population urbaine, population rurale, différents groupes ethniques et minorités, personnes sans domicile fixe ou chômeurs « de longue durée », etc.) en identifiant les situations anormales (par exemple, des zones particulières sur le territoire, des professions ou des emplois spécifiques, la proximité de mines ou de sites hautement contaminés ou de zones industrielles actives ou à l'arrêt, etc.), mais le rapport ne fournit aucune information à ce sujet. Le Comité réitère donc sa question.

Accès aux soins de santé

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

Le rapport fournit des informations sur les mesures prises dans le cadre de la Stratégie pour la santé sexuelle et reproductive 2010-2020 et de ses plans d'action. À titre d'exemple, une des mesures mises en place concerne la possibilité, pour les femmes enceintes, d'être examinées et d'accoucher gratuitement, qu'elles soient ou non affiliées à l'assurance maladie. Dans les zones rurales, où existe une pénurie de gynécologues, les femmes bénéficient de consultations gynécologiques dans des cliniques mobiles. Le rapport ajoute que des ateliers ont été organisés pour former des médecins de famille aux questions de planning familial et que des formations ont également été offertes à des gynécologues exerçant dans des maternités. En outre, un certain nombre de directives cliniques ont été élaborées, telles que les Directives cliniques pour la détection précoce des grossesses à risque et les Directives pour un avortement sans risque. En 2018, le Plan d'action pour la santé sexuelle et reproductive 2018-2020 a été adopté. Le rapport indique que, dans le cadre des efforts continus pour réduire la mortalité et la morbidité chez les femmes enceintes et les nourrissons, de nouvelles méthodes médicales ont été introduites dans le traitement des patientes, et une formation des professionnels de santé visant à promouvoir la santé des mères et des nouveau-nés a également été menée.

En ce qui concerne l'avortement, le rapport indique qu'une nouvelle loi relative à l'interruption de grossesse a été adoptée en 2019. Cette dernière a supprimé les obstacles qui entravaient auparavant l'accès à un avortement sans risque. Le rapport ajoute que dans le cadre du projet Peri Mak mis en œuvre en coopération avec "Project Hope", de nouveaux équipements médicaux ont été fournis à l'Hôpital spécial de gynécologie et d'obstétrique à Chair, Skopje. Le Comité demande des informations sur le coût d'un avortement et s'il est en partie ou intégralement remboursé par l'État. Il demande également s'il existe des services d'avortement dans les structures médicales réparties dans tout le pays, notamment dans les zones rurales.

Le rapport indique que le recours à la contraception en Macédoine du Nord est faible : seulement 14 % des femmes mariées ou en couple utilisent des méthodes de contraception modernes (dont 1,1 % utilise une contraception orale et 1,4 % un dispositif intra-utérin), tandis que les besoins en matière de contraception de 10,3 % des femmes ne sont pas remplis. En ce qui concerne les services de planning familial, le rapport indique que le nombre de conseils de planning familial a augmenté au cours de la période de référence (23,2 % de plus en 2018 par rapport à 2017).

Le Comité demande des informations sur les mesures prises pour veiller à ce que les femmes et les filles aient accès à la contraception moderne. 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 fournit également des données statistiques sur les maternités précoces. Les données montrent que le taux de grossesse juvénile a diminué, passant de 19,5 pour 1 000 en 2016 à 18,4 pour 1 000 en 2018.

Le rapport indique qu'en 2019, un Plan directeur des soins périnataux a été préparé avec le soutien technique de l'Organisation mondiale de la santé. Le Plan directeur en question vise à améliorer la santé maternelle et néonatale en élaborant un modèle global de prestation de services de soins périnataux associé à un système de contrôle strict de la qualité et du système d'informations sanitaires.

Le rapport indique que la mortalité infantile (nombre de décès d'enfants pour 1 000 naissances vivantes) a baissé, passant de 11,9 en 2016 à 9,2 en 2017 puis à 5,7 en 2018. D'après les données d'Eurostat, le taux de mortalité infantile était en 2019 de 5,6 décès pour 1 000 naissances vivantes, alors que la moyenne des 27 pays de l'Union européenne était de 3,4 pour 1 000. Le Comité prend acte de la tendance à la baisse de la mortalité infantile pendant la période de référence. Toutefois, il note que malgré les mesures prises dans ce domaine, le taux de mortalité infantile reste supérieur à la moyenne observée dans les autres pays européens (par exemple, la moyenne des 27 pays de l'Union européenne était de 3,4 décès d'enfants pour 1 000 naissances vivantes en 2019). Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur le taux de mortalité infantile et sur les résultats des mesures prises – notamment celles présentées dans le rapport – pour améliorer la santé des nourrissons et réduire la mortalité infantile.

Le rapport ne fournit pas de données sur la mortalité maternelle. Le Comité relève dans les données de la Banque mondiale que le taux de mortalité maternelle (nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) était de 8 en 2016 et de 7 en 2017 (tandis que la moyenne de l'Union européenne se situait à 6 en 2017). Le Comité demande des informations à jour sur les taux de mortalité maternelle et sur les éventuelles mesures prises pour réduire ce phénomène.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB.

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

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

Le Comité invite les États à fournir des informations sur l'accès des personnes transgenres à un traitement de réassignation de genre (tant en ce qui concerne la disponibilité que l'accessibilité). Il demande si la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres exige (en droit ou en pratique) qu'elles subissent une stérilisation ou

tout autre traitement médical qui pourrait nuire à leur santé ou à leur intégrité physique et psychologique. Le Comité invite également les États à fournir des informations sur les mesures prises pour que l'accès aux soins de santé en général, notamment à la santé sexuelle et reproductive, soit garanti sans discrimination fondée sur l'identité de genre.

Le Comité a demandé, sous forme de question ciblée, des informations sur les mesures permettant de garantir un consentement éclairé aux interventions médicales ou aux traitements médicaux (au regard de l'article 11§2). Le rapport ne contient aucune information sur ce point. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les mesures prises pour garantir le consentement éclairé aux interventions médicales ou aux traitements médicaux.

Covid-19

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

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

Le rapport fait état des mesures prises pour soigner les malades de la covid-19. Ainsi, des salles d'opération et des chambres spéciales ont été affectées dans des hôpitaux aux patients testés positifs à la covid-19 et nécessitant d'autres interventions chirurgicales. Le nombre de lits d'hôpital pour les patients infectés par la covid-19 est passé de 304 à 651. Cependant, en cas de besoin, un total de 1 600 lits d'hôpital pouvait être mis à disposition (à l'Hôpital général du « 8 septembre » de Skopje et dans trois autres hôpitaux) et 60 lits supplémentaires ont été créés à l'Institut de la tuberculose. Un nouvel hôpital modulaire de 70 lits, le « Centre d'urgence médicale Covid-19 » a été construit à partir de conteneurs d'assemblage. Il est relié à la Clinique universitaire pour les maladies infectieuses et les maladies fébriles de Skopje afin d'améliorer la capacité de celle-ci. Il est également signalé que le nombre de respirateurs est passé de 120 à 285, dont 20 mobiles, ce qui a également permis d'augmenter la capacité des unités de soins intensifs.

Le rapport indique que les professionnels de santé ont travaillé en équipes successives par période de deux semaines. Le ministère de la Santé a décidé de mobiliser tout le personnel médical du pays chaque fois que cela était nécessaire, ce qui a permis de faire appel à des services d'équipes médicales d'autres hôpitaux (spécialistes en médecine interne, pneumologues, infirmiers, etc.) en vue de prêter main forte aux établissements traitant les malades de la covid-19.

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

Le Comité rappelle que l'accès aux soins de santé doit être garanti à tous sans discrimination. Cela implique que les soins de santé en cas de pandémie doivent être effectifs et abordables pour tous, et que les États doivent garantir que les groupes particulièrement exposés à de hauts risques, tels que les sans-abri, les pauvres, les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes vivant en institution, les personnes incarcérées et les personnes en situation irrégulière sont protégés de manière appropriée par les mesures sanitaires mises en place. De plus, les États doivent prendre des mesures spécifiques bien ciblées pour garantir l'exercice du droit à la protection de la

santé des personnes dont le travail (formel ou informel) les expose à un risque particulier d'infection (Observation interprétative sur le droit à la protection de la santé en temps de pandémie, 21 avril 2020).

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

Conclusion

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

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 2 - Services de consultation et d'éducation sanitaires

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Macédoine du Nord.

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la situation de la Macédoine du Nord était conforme à l'article 11§2 de la Charte (Conclusions 2017).

Éducation et sensibilisation de la population

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

Selon le rapport, dans le cadre du programme national de santé publique, les centres de santé publics organisent régulièrement des conférences et des forums pour des groupes cibles (enfants, adolescents) sur la prévention des maladies chroniques non transmissibles et les addictions, sur une alimentation correcte, la nécessité d'activités physiques, etc.

Des centres de santé sexuelle et reproductive, de prévention du VIH/sida et de sevrage tabagique ont été mis en place et sont opérationnels. Ces centres offrent conseils et accompagnement aux jeunes, distribuent du matériel promotionnel et organisent des conférences à visée éducative.

Le rapport indique que le Plan d'action pour la santé sexuelle et reproductive 2018-2020 prévoit des activités liées à la santé sexuelle et génésique des adolescents et jeunes adultes. En outre, d'autres mesures ont été prises pour améliorer l'accès des adolescents et des jeunes adultes à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive, telles que la préparation d'un plan d'éducation à la santé dans ce domaine pour les parents et le personnel scolaire, la formation des enseignants et des services spécialisés dans les écoles sur des sujets liés à la santé sexuelle et génésique (planning familial, infections sexuellement transmissibles, VIH, violence fondée sur le genre, diversité, etc.).

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations plus détaillées sur l'éducation à la santé et les stratégies de prévention associées (notamment par le biais de l'autonomisation, utile pour remédier aux comportements d'automutilation, aux troubles de l'alimentation, à la consommation d'alcool et de drogues) au niveau de la population, tout au long de la vie ou en formation continue.

Dans ses questions ciblées, le Comité a aussi 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 indique que des activités spécifiques ont été conduites dans le cadre du Programme annuel sur le VIH/sida. Divers sujets ont été abordés dont l'orientation sexuelle et l'identité de genre (OSIG). Des formations destinées au personnel du secteur des soins de santé primaires sont organisées chaque année depuis 2017 afin de prévenir et combattre la violence fondée sur le genre. Un nouveau programme de formation sur la violence fondée sur le genre à l'égard des

personnes handicapées a par ailleurs été préparé pour donner suite à des activités antérieures.

Consultations et dépistage des maladies

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la situation de la Macédoine du Nord était conforme à l'article 11§2 en ce qui concerne les services de consultation et de dépistage disponibles pour les femmes enceintes et les enfants (Conclusions 2017).

Conclusion

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

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 3 - Prévention des maladies et accidents

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Macédoine du Nord.

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

Services de santé dans les lieux de détention

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

Le rapport fournit des informations sur le processus de transfert de la responsabilité des services de soins de santé en milieu carcéral au ministère de la Santé, lequel s'est achevé au cours de la période de référence. Le rapport décrit également l'augmentation du personnel de soins de santé disponible dans les prisons et indique qu'un certain nombre de procédures de recrutement sont en cours. Le rapport dresse également un aperçu des dispositifs de dépistage et de test initiaux et réguliers, ainsi que de l'offre de soins de santé mentale dans les prisons.

Le Comité se réfère au dernier rapport de visite par pays consacré à la Macédoine du Nord par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT, 2020), lequel réitère les préoccupations de longue date de cet organe concernant les « énormes défis » associés aux soins de santé en milieu carcéral, y compris un manque cruel de personnel, un dépistage déficient à l'arrivée en prison ou des soins dentaires et psychiatriques inadéquats.

Compte tenu de ce qui précède, le Comité demande des informations sur les mesures prises pour remédier au manque de personnel de santé, aux dispositions inadéquates en matière de dépistage et au manque d'accès aux soins de santé mentale.

Services de santé mentale de proximité

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

Le rapport indique que les soins de santé mentale sont principalement dispensés en milieu institutionnel, notamment dans trois hôpitaux psychiatriques d'une capacité totale de plus de 1 200 lits. Le rapport indique également qu'un processus de décentralisation des soins de santé mentale a été engagé entre 2000 et 2007, c'est-à-dire en dehors de la période de référence, avec notamment pour résultat l'ouverture de sept centres de santé mentale de proximité, mais qu'aucun autre progrès dans ce domaine n'a été enregistré depuis.

Le Comité se réfère aux dernières Observations finales du Comité des droits des personnes handicapées (CRPD, 2018), lesquelles dénoncent les carences du processus de désinstitutionalisation et la prévalence d'une politique de réinstallation des personnes handicapées dans de petits foyers de groupe au détriment des tentatives visant à permettre aux intéressés de mener une vie indépendante. Selon les mêmes observations, l'État dépense davantage pour les institutions que pour les services de proximité. De plus, lors de sa visite sur place dans le pays en 2019, le CPT a constaté que les hôpitaux psychiatriques hébergent un nombre important de patients souffrant d'un trouble mental chronique — lesquels n'ont plus besoin d'être hospitalisés — en raison de l'absence de structures de proximité appropriées.

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

Le Comité constate que le rapport n'aborde pas tous les points soulevés dans la question ciblée. Le Comité relève en outre que l'article 15§3 de la Charte confère normalement la possibilité d'examiner le processus de désinstitutionalisation des personnes handicapées. La Macédoine du Nord n'ayant pas ratifié cette disposition, la question en cause doit être appréciée dans le cadre de l'article 11§3.

En conséquence, le Comité demande les informations suivantes :

- le nombre d'institutions complètement et/ou partiellement fermées ou la réduction du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques de long séjour ; si une stratégie de désinstitutionalisation existe, le délai fixé pour la fermeture de toutes les institutions ;
- les solutions alternatives qui ont été mises en place : le type de services de proximité, notamment l'accès à une assistance personnelle, les possibilités en matière de logement, et l'accès aux services généraux, notamment l'emploi et l'éducation ;

- en ce qui concerne le logement, la mesure dans laquelle les personnes qui quittent une institution peuvent choisir où, et avec qui, elles souhaitent vivre, et si elles doivent vivre dans un cadre particulier pour accéder à une aide ;
- des données sur le nombre de personnes qui vivent en logement collectif (foyers de petite taille, foyers de type familial, etc.) après avoir quitté un établissement, ventilées par âge et par déficience ;
- la façon dont les services sont financés, la façon dont les coûts liés au handicap sont financés, et la façon dont les personnes sont évaluées pour l'accès aux différents services d'aide et allocations ;
- la façon dont la qualité des services de proximité est suivie, et la façon dont les personnes handicapées et leurs organisations représentatives sont associées à la fourniture, au suivi ou à l'évaluation des services de proximité.

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 fournit des informations sur la Stratégie nationale antidrogue 2014-2020 de la République de Macédoine du Nord, laquelle était déjà mentionnée dans sa précédente conclusion (Conclusions 2017). La préparation de la Stratégie nationale antidrogue 2021-2025 est en cours. Le rapport indique que le dépistage des maladies infectieuses chez les usagers de drogues est sporadique et les données obtenues peu fiables. Les mesures de traitement et de réduction des risques financées par l'État sont dispensées par un réseau de 14 centres de prévention et de traitement, la Clinique de toxicologie et de médecine d'urgence et les prisons. Enfin, le rapport fournit les chiffres suivants concernant les décès liés à la drogue : 17 en 2017, 15 en 2017, 26 en 2018 et 21 en 2019.

Le Comité se réfère au rapport de visite dans le pays du CPT de 2019, dans lequel ce dernier fait part de sa préoccupation quant aux pratiques de traitement de la toxicomanie en usage dans les prisons macédoniennes. Le CPT y déplore l'absence de dépistage systématique des maladies transmissibles lors de l'admission en prison et, par conséquent, l'absence d'informations officielles sur le nombre de détenus porteurs de l'hépatite B ou C et du VIH. Le CPT relève également l'absence d'une approche globale incluant une éducation à la réduction des risques, ainsi que de programmes d'échange de seringues. Si le traitement par agonistes opioïdes est théoriquement disponible, son administration échappe souvent à toute supervision, ce qui génère de graves problèmes de trafic de médicaments et des risques d'overdose. Une étude indépendante et détaillée bénéficiant du soutien du programme de traitement et de prise en charge de la dépendance aux drogues de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDD)-OMS confirme une partie de ces conclusions (Liljana Ignjatova, *Report on the Assessment of Drug Dependence Treatment Quality Standards for Drug Dependence Treatment Programs in the former Yugoslav Republic of Macedonia, 2017*).

Le Comité réitère sa demande d'informations concernant la prise en charge de la toxicomanie dans les prisons, notamment par le biais d'approches — en matière de dissuasion, d'éducation et de réduction des risques — axées sur la santé publique.

Environnement sain

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

Le rapport expose les procédures d'urgence applicables lorsque la pollution atmosphérique dépasse les limites légales.

Le Comité se réfère à une étude de la Banque mondiale publiée en 2019 (*Air Pollution Management in North Macedonia, 2019*) et basée sur des mesures effectuées entre 2013 et 2017, laquelle fait état — dans l'ensemble du pays et tout au long de l'année — de concentrations ambiantes de particules fines d'un diamètre respectif de 2,5, et 10 microns ou moins (PM_{2,5} et PM₁₀) dépassant largement les lignes directrices de l'Union Européenne/OMS en matière de qualité de l'air. L'étude suggère que la pollution de l'air ambiant dans les zones urbaines est causée par les ménages, le trafic routier, la poussière des routes et l'arrivée de polluants en provenance d'autres endroits. L'étude estime également qu'environ 1 600 personnes mourraient prématurément chaque année en raison de l'exposition aux PM_{2,5} en Macédoine du Nord.

Le Comité constate que les informations demandées n'ont pas été communiquées. Il réitère donc sa demande et considère que dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Macédoine du Nord est conforme à l'article 11§3 de la Charte.

Vaccinations et surveillance épidémiologique

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

Le Comité constate que les informations demandées n'ont pas été communiquées.

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 décrit une série de mesures et d'activités préventives adoptées dans le contexte de la pandémie de covid-19, notamment la surveillance, les tests, la distanciation sociale, l'isolement et le port du masque obligatoires ou les restrictions de mouvement.

Conclusion

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

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 1 - Existence d'un système de sécurité sociale

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Macédoine du Nord.

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

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2017), le Comité avait demandé des données à jour sur le pourcentage de la population assuré pour les soins de santé, et le pourcentage de la population active assuré pour la maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles, la vieillesse, l'invalidité et le chômage. Le Comité relève à cet égard dans le rapport qu'en 2019 la couverture totale de l'assurance maladie représentait 90 % de la population. En 2019, le total de la population active était de 964 014 personnes. Selon le rapport, le régime de l'assurance maladie obligatoire prévoit des prestations en espèces pour les assurés en cas d'incapacité de travail temporaire résultant d'une maladie ou d'un accident. Concernant l'assurance retraite et invalidité, le rapport de la Caisse d'assurance retraite et invalidité indique qu'en 2019, 28 % de la population, soit 60 % de la population active, était assurée contre ces risques. Le Comité demande quel pourcentage de la population active est assuré contre les risques d'incapacité temporaire et de chômage. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

Caractère suffisant des prestations

D'après les données d'Eurostat, le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté, s'établissait à 1363€ par an en 2019, soit 114€ par mois. 40 % du revenu équivalent médian correspondait à 91 € mensuels. Le rapport indique qu'en 2019 le salaire minimum (net) était de 14 500 MD, soit 237 €.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a estimé que le montant minimum des prestations de maladie était suffisant. Il relève dans le rapport que 70 % ou 80 % du salaire est versé quand il s'agit de prestations de maladie, et 100 % en cas de maladie professionnelle. Le Comité juge ces montants satisfaisants. En ce qui concerne le montant minimal de la pension, le rapport indique que les sommes les plus faibles versées aux différents groupes de retraités, suivant les durées d'affiliation, vont de 9 000 à 11 500 denars, c'est-à-dire 147-188€. Le Comité juge ces montants satisfaisants. Le Comité demande à combien s'élèvent les pensions d'invalidité.

En ce qui concerne l'allocation de chômage le Comité a estimé, dans sa conclusion précédente, que le minimum versé à l'issue des 12 premiers mois était insuffisant. Il relève dans le rapport que 50 % du revenu net du salarié est versé au cours des 12 premiers mois de chômage, et 40 % au-delà. Le Comité constate à cet égard que dans le cas d'un salarié payé au salaire minimum, l'allocation de chômage de 40 % est de 95 €. Comme cette somme représente entre 50 % et 40 % du revenu médian ajusté, le Comité demande si le salarié concerné a droit à des prestations supplémentaires.

S'agissant de la durée de versement des prestations de chômage, le Comité a précédemment considéré que la situation n'était pas conforme à la Charte parce que les personnes satisfaisant aux conditions d'octroi de base (9 mois d'emploi ininterrompu ou 12 mois de cotisation à l'assurance chômage au cours des 18 derniers mois) n'ont droit qu'à un mois de prestations de chômage. Le Comité relève dans le rapport que la conformité de la législation (la Loi sur l'emploi et l'assurance chômage) sera réexaminée en 2021. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur ce point. Dans l'intervalle, le Comité estime que la situation n'a pas changé et renouvelle, par conséquent, son constat de non-conformité.

Dans sa conclusion précédente, le Comité constatait que le versement des allocations de chômage pouvait être suspendu pendant un an, notamment en cas de refus d'une offre

d'emploi. Le Comité a demandé que le prochain rapport précise si cette sanction n'est appliquée qu'en cas de refus d'une offre d'emploi considérée comme étant convenable, si la loi définit ce qu'est une offre d'emploi « convenable » et au bout de combien de temps un demandeur d'emploi a l'obligation d'accepter une offre d'emploi ne correspondant pas à ses qualifications. Il relève à cet égard dans le rapport que selon l'Article 57 de la Loi sur l'emploi et l'assurance chômage un emploi est considéré comme « convenable » s'il est conforme au type et au niveau des études de l'intéressé et aux compétences professionnelles qu'il a acquises, et si le lieu de travail n'est pas à plus de 50 km de son domicile. L'Article 59 dispose que l'intéressé est notamment rayé des listes de demandeurs d'emploi s'il refuse deux fois en deux ans une offre d'emploi appropriée et convenable et s'il ne se présente pas à un entretien d'embauche. Le Comité demande s'il y a une période initiale au cours de laquelle un chômeur peut refuser un emploi non « convenable » sans perdre ses droits au chômage.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Macédoine du Nord n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte au motif que dans certains cas, la durée de service des prestations de chômage 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 de la Macédoine du Nord.

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 la Macédoine du Nord 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 la Macédoine du Nord 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 la Macédoine du Nord 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 (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 sur la part de la population active assurée contre les risques d'incapacité temporaire et de chômage.

S'agissant du niveau des prestations, le Comité rappelle qu'il a estimé que la durée de versement des prestations de chômage est dans certains cas trop courte (Conclusion 2021 relative à l'article 12§1) et que le système de prestations familiales n'assure pas la protection économique d'un nombre significatif de familles par des moyens appropriés (Conclusion 2019 relative à l'article 16). Il rappelle aussi qu'il ne s'est pas prononcé sur le caractère suffisant des pensions d'invalidité, dans l'attente d'informations sur leurs montants (Conclusion 2021 relative à l'article 12§1).

Le Comité tient également compte de sa Conclusion 2021 relative à l'article 12§1 dont il ressort que les montants minimums des indemnités de maladie, des pensions de retraite ainsi que des prestations en cas d'accidents du travail/de maladies professionnelles sont suffisants. Il se réfère en outre à sa Conclusion 2019 relative à l'article 8§1 dans laquelle il a considéré que les niveaux des prestations de maternité sont conformes (dans l'attente d'informations).

De surcroît, le Comité note que durant la période de référence, la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations de l'OIT n'a formulé aucune

observation ni demande directe à l'endroit du gouvernement de la Macédoine du Nord au sujet des Conventions n° 102 et n° 121.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Macédoine du Nord est conforme à l'article 12§2 de la Charte.

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 3 - Evolution du système de sécurité sociale

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Macédoine du Nord.

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

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

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

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

Travailleurs des plateformes numériques

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

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

Dans son rapport, le Gouvernement indique que la loi sur l'assurance retraite et invalidité, la loi sur l'assurance maladie et la loi sur l'emploi et l'assurance chômage énumèrent les personnes qui sont affiliées à titre obligatoire à ces assurances, et communique les listes de ces personnes. Il s'agit, entre autres :

- des salariés et des personnes assimilées aux salariés par la législation, des travailleurs indépendants et des citoyens de la Macédoine du Nord qui travaillent pour un employeur opérant à l'étranger (loi sur l'assurance retraite et invalidité) ;
- des salariés, des travailleurs indépendants, des retraités, des chômeurs et des bénéficiaires de l'assistance sociale (loi sur l'assurance maladie) ;
- des salariés (loi sur l'emploi et l'assurance chômage).

Toutefois, le Gouvernement n'a fourni aucune information au sujet de 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, le Gouvernement mentionne les mesures prises en 2020 pour atténuer l'impact négatif de la crise liée à la covid-19 sur la couverture sociale. Ces mesures incluent notamment :

- l'accès gratuit aux services de santé pour les diagnostics et traitements liés à la covid-19 – pour toute personne, y compris les personnes assurées qui ne sont pas à jour dans le paiement de leurs cotisations, les citoyens de la Macédoine du Nord qui ne sont pas soumis à l'assurance maladie obligatoire et les ressortissants étrangers ;
- la suspension temporaire des délais pour engager certaines actions en application de la loi sur l'assurance retraite et invalidité, de la loi sur l'assurance retraite obligatoire financée par capitalisation, de la loi sur le paiement des pensions de retraite et des prestations de retraite de l'assurance retraite financée par capitalisation ainsi que de la loi sur le recrutement des personnes handicapées ;
- la conclusion d'accords bilatéraux avec certains pays afin de permettre le report du délai de remise du certificat de vie et le maintien du paiement des pensions de retraite ;
- l'allongement des délais d'enregistrement impartis aux chômeurs ;
- l'octroi d'allocations de chômage durant deux mois aux personnes dont la relation de travail a pris fin entre le 11 mars et le 30 avril 2020, y compris lorsque le salarié a mis fin à la relation de travail et sans égard à la durée de cette relation.

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 États

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Macédoine du Nord.

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

Droit à l'égalité de traitement

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

Le Comité relève dans le rapport que le ministère du Travail et de la Politique sociale a pris des initiatives, par l'intermédiaire du ministère des Affaires étrangères, en vue de conclure des accords en matière de sécurité sociale avec les pays suivants : Malte, Lettonie, Estonie, Lituanie, Grèce, France, Espagne, Portugal, Royaume-Uni, Norvège, Finlande et Suède. D'après le rapport, la conclusion d'une convention bilatérale requiert un intérêt commun, car les accords bilatéraux impliquent généralement des obligations égales et la participation des deux parties.

Le rapport indique par ailleurs que le ministère du Travail et de la Politique sociale souhaite mener une analyse en vue de déterminer quelles catégories d'étrangers résidant légalement sur le territoire de la Macédoine du Nord pourraient avoir accès à certaines prestations sociales en application de la loi sur la protection sociale, sous quelles conditions et selon quels critères. Le Comité comprend que, durant la période de référence, l'égalité de traitement des nationaux des États parties résidant légalement en Macédoine du Nord n'était pas assurée en matière d'accès au système de sécurité sociale et d'égalité des conditions ouvrant droit aux prestations. La situation n'est donc pas conforme à la Charte sur ce point.

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

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

unilatérale de verser les mêmes allocations pour enfants à charge à tous ceux qui résident sur le territoire, qu'ils soient nationaux ou ressortissants d'un autre État partie.

Le Comité 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 les nationaux, assurant ainsi l'égalité de traitement de tous les enfants qui résident dans le pays. À l'aune de l'article 16, le Comité examinera l'égalité d'accès des familles aux prestations familiales et la question de savoir si la législation impose aux familles une durée obligatoire de résidence pour l'octroi des allocations pour enfants à charge.

D'après le rapport, conformément à la loi sur la protection de l'enfance, le droit aux allocations pour enfants à charge est exercé en fonction de la situation financière du ménage et il concerne les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans. Un ressortissant étranger qui dispose d'un domicile et d'un titre de séjour permanent en Macédoine du Nord peut exercer le droit aux allocations pour enfants à charge s'il remplit les conditions suivantes :

- l'enfant a la nationalité nord-macédonienne et sa résidence principale en Macédoine du Nord ;
- le ménage ne doit pas posséder de biens ni de droits de propriété lui permettant de subvenir à ses besoins ;
- le revenu mensuel moyen global touché au cours des trois derniers mois précédant la demande et pendant l'exercice du droit pour tout motif et concernant tous les membres du ménage ne doit pas dépasser le seuil fixé pour l'accès au droit aux allocations pour enfants à charge conformément à la loi sur la protection de l'enfance, et
- le parent ne doit pas exercer ce droit dans un autre pays.

De plus, pour qu'un ressortissant étranger puisse exercer le droit aux allocations pour enfants à charge en République de Macédoine du Nord, il est nécessaire que ce droit soit prévu par un accord international ratifié par la République de Macédoine du Nord et par le pays dont l'intéressé a la nationalité.

Selon les données dont dispose le ministère du Travail et de la Politique sociale, en République de Macédoine du Nord, en août 2020, 25 ressortissants étrangers bénéficiaient d'allocations pour enfants à charge.

Le Comité note que l'accès aux allocations pour enfants à charge est subordonné à la nationalité de l'enfant, et pas seulement à sa résidence en Macédoine du Nord. La situation n'est donc pas conforme à la Charte sur ce point.

Droit à la conservation des avantages acquis

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

En ce qui concerne le droit à la conservation des avantages acquis, le rapport indique que des accords régissent les relations entre la Macédoine du Nord et les autres pays

contractants dans le domaine de la sécurité sociale ainsi que l'exercice des droits à l'assurance des citoyens des deux pays contractants. D'après le rapport, ces accords appartiennent à la catégorie des accords dits « ouverts », c'est-à-dire aux accords européens modernes qui se réfèrent à des personnes et non aux citoyens des deux parties contractantes.

Le Comité demande si ces accords prévoient le maintien et l'exportation des prestations de vieillesse, d'invalidité ou de survivant. Entretemps, il réserve sa position sur ce point.

Droit au maintien 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 prorata devrait également être appliqué. Les États ont le choix des moyens pour maintenir les droits en cours d'acquisition : accord bilatéral ou multilatéral, ou mesures unilatérales, législatives ou administratives. Les États qui ont ratifié la Convention européenne de sécurité sociale sont présumés avoir fait suffisamment d'efforts pour assurer le maintien de ces droits. Le Comité demande si des accords bilatéraux régissent le maintien des droits en cours d'acquisition et l'addition des périodes d'assurance. Entretemps, il réserve sa position sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Macédoine du Nord n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte aux motifs que :

- l'égalité de traitement en matière d'accès à la sécurité sociale n'est pas garantie aux ressortissants des autres États parties ;
- l'égalité de traitement concernant l'accès aux allocations pour enfants à charge n'est pas assurée pour tous les enfants qui résident sur le territoire.

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Macédoine du Nord.

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

Par conséquent, il se concentrera sur les réponses du gouvernement aux questions ciblées, à savoir les réponses aux mesures prises pour veiller à ce que le droit à l'assistance sociale et médicale soit respecté et aux précédents constats de non-conformité et décisions d'ajournement.

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

Dans sa précédente conclusion, le Comité a estimé que la situation de la Macédoine du Nord n'était pas conforme à l'article 13§1 de la Charte aux motifs que le montant de l'aide sociale versée à une personne seule sans ressources n'était pas suffisant ; et que les ressortissants d'États parties résidant légalement sur le territoire étaient soumis à une condition de durée de résidence de cinq ans pour bénéficier de l'aide sociale.

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

Le Comité note dans le rapport que la conception de la réforme du système de protection sociale a débuté en 2018. À cet égard, les mesures ont été mises en œuvre par un groupe de travail au sein du ministère du Travail et de la Politique sociale, avec le soutien d'experts. Les objectifs principaux de la réforme des droits à l'aide financière découlant de la protection sociale sont : l'augmentation de l'efficacité de l'aide financière découlant de la protection sociale sur la réduction de la pauvreté de revenu ; la réduction de la pauvreté des enfants ; la déstigmatisation des bénéficiaires de l'aide financière.

Les lois sur la protection sociale, ainsi que sur la sécurité sociale des personnes âgées, ont été adoptées en mai 2019 (loi 104/19 du 23 mai 2019). Elles prévoient une réforme radicale du système de soutien aux catégories de citoyens les plus vulnérables, notamment les enfants et les personnes âgées. Le système des prestations en espèces découlant de la protection sociale a été repensé en intégrant les prestations dans des prestations en espèces génériques et la combinaison des droits à une aide financière est autorisée. Plus spécifiquement, une aide minimale garantie (GMA), ainsi qu'un montant de 1000 MKD par mois ont été introduits pour les ménages en situation d'insécurité financière au cours des six mois d'hiver pour couvrir les frais de chauffage.

Parallèlement, des actions ont été menées pour renforcer l'activation des bénéficiaires de l'assistance minimale garantie sur le marché du travail. Les bénéficiaires de l'assistance minimale garantie ont exercé pour la première fois leur droit à l'allocation pour enfant et à l'allocation d'éducation (pour l'enseignement primaire et secondaire), mettant ainsi en œuvre un ensemble de mesures familiales, c'est-à-dire fournissant des fonds pour réduire la pauvreté des ménages financièrement précaires. La nouvelle loi sur la sécurité sociale des personnes âgées vise à accroître l'efficacité des prestations en espèces pour réduire la pauvreté des personnes âgées de plus de 65 ans, qui ne peuvent pas assurer leur

subsistance pour d'autres raisons. Depuis le début de la réforme jusqu'en décembre 2019, 4 704 personnes de plus de 65 ans ont acquis le droit d'utiliser l'allocation sociale de 6 000 MKD par mois.

Le rapport montre également que les données sur les paiements et le nombre de bénéficiaires du droit aux allocations familiales selon les modifications de la loi sur la protection de l'enfance de mai 2019, par rapport à l'ancienne loi, montrent une augmentation significative. Le paiement total, mais aussi le nombre total de bénéficiaires selon la nouvelle loi de mai 2019 est plusieurs fois supérieur par rapport à l'ancienne loi. En décembre 2019, 15 248 familles avec enfants ont utilisé une allocation pour enfant, contre 2 956 familles en avril 2019 (soit une augmentation de 415 %), et le nombre d'enfants dans ces familles est de 33 037 en décembre 2019, contre 6 924 enfants en avril 2019 (soit une augmentation de 377 %).

Des préparatifs sont en cours pour l'introduction de services et de mesures visant à aider les bénéficiaires de l'assistance minimale garantie à trouver du travail et un emploi. Un règlement a été adopté (Règlement sur le mode de coopération pour l'inclusion du bénéficiaire de l'AMG dans les mesures actives d'emploi), qui a créé une base juridique pour la coopération entre les services d'emploi et de protection sociale afin de soutenir les bénéficiaires dans leur recherche d'emploi.

Niveau des prestations

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

- Prestation de base : le Comité prend note de l'évolution de l'aide financière minimale garantie de base. Il note qu'en 2019, le montant a été augmenté : il s'élevait à 2 696 MKD (43 €) pour une personne seule en 2015 et s'élève en 2019 à 4000 MKD par personne (62 €). Le montant de l'aide financière permanente a également été augmenté et s'élève à 5 445 MKD en 2019 (90 €). Le revenu minimum garanti correspond, selon MISCEO, à 27,8 % du salaire minimum.
- Prestations supplémentaires : le Comité note de MISSCEO que le droit à l'aide financière au logement social est accordé aux personnes considérées comme étant en situation de risque social et qui n'ont pas de logement. L'aide financière au logement social est financée par le budget de l'État et le montant de la prestation dépend de la situation matérielle et familiale du bénéficiaire. Selon MISSCEO, il existe une allocation énergétique de 1008 MKD pendant les six mois d'hiver (16 €). Il existe également d'autres suppléments pour les bénéficiaires du revenu minimum garanti : jusqu'à 4 000 MKD (65 €) pour le loyer d'un logement sont couverts pour un individu. Les coûts des services publics (électricité, chauffage, eau et déchets) sont couverts à hauteur de 1 500 MKD (24 €) pour une personne. Ces allocations ne font pas partie intégrante de l'aide minimale garantie et doivent être demandées séparément. Le Comité demande au prochain rapport de fournir une estimation du montant *mensuel* moyen de toutes les prestations supplémentaires qui seraient versées à une personne seule, bénéficiaire de l'aide sociale.
- 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) : il a été estimé à 114 € en 2019.

Le Comité note que le niveau des prestations d'assistance sociale a augmenté régulièrement au cours de la période de référence. Toutefois, leurs montants, tant en ce qui concerne l'aide financière que l'aide financière permanente, sont inférieurs à l'indicateur de pauvreté d'Eurostat et ne sont donc pas adéquats. Le Comité réitère sa précédente conclusion de non-conformité pour ce motif.

Droit de recours et aide judiciaire

Le Comité note qu'il n'y avait pas des questions ciblées sur le droit de recours et aide judiciaire. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur le nombre de plaintes déposées concernant le droit à une assistance financière, une assistance financière permanente ainsi qu'une assistance financière ponctuelle.

Champ d'application personnel

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

Ressortissants étrangers résidant légalement sur le territoire

Dans sa conclusion précédente, le Comité a estimé que la situation n'était pas conforme à la Charte au motif que l'aide financière sociale et l'aide financière permanente n'étaient accordées aux ressortissants des États parties que sous réserve d'une condition de durée de résidence excessive (cinq ans).

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

Le Comité note dans le rapport à cet égard qu'il est fait référence à l'accès aux bénéficiaires de l'aide sociale pour les ressortissants nationaux ainsi que pour les ressortissants des Etats parties, titulaires d'une résidence permanente. Ce dernier requiert cinq ans de résidence sur le territoire. Le Comité constate donc qu'il n'y a pas eu de modification de la situation que le Comité a précédemment jugée non conforme à la Charte.

Ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire

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

Le Comité note dans le rapport que les migrants transitant par la République de Macédoine du Nord vers les pays d'Europe occidentale reçoivent l'assistance médicale nécessaire dans les cliniques des camps de transit de Gevgelija et Tabanovce, où des équipes de professionnels de la santé sont présentes. La clinique fournit des services de santé de base/premiers soins, une surveillance sélective des migrants (grossesse, jeunes enfants de moins de 6 ans, personnes présentant des manifestations cliniques prononcées de maladies infectieuses), ainsi que le transport vers un établissement médical selon une priorité au niveau secondaire des soins de santé, c'est-à-dire à l'hôpital général de Gevgelija, ou à l'hôpital général de Kumanovo, et si nécessaire, au niveau tertiaire (cliniques universitaires). Les migrants sont également vaccinés contre la rougeole, les oreillons et la polio. Des pièces séparées sont prévues dans les camps de transit pour l'isolement des personnes infectées par la covid-19 qui n'ont pas besoin d'être hospitalisées.

Le Comité avait précédemment demandé s'il existait des situations où cette catégorie de personnes pouvait bénéficier d'une aide sociale d'urgence en dehors du centre d'accueil et avait rappelé la nécessité de fournir une aide d'urgence aussi élémentaire qu'un abri, garanti par l'article 13 en tant que droit subjectif, aux personnes en situation de grande précarité. Le rapport ne donne aucune information spécifique à ce sujet. Le Comité demande donc

d'expliquer davantage si la législation et la pratique sont conformes à ces exigences. 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 Comité prend note que le rapport fait référence à un certain nombre de mesures prises pour assurer une assistance sociale et médicale pendant la pandémie de la covid-19. Suite à la déclaration de l'état d'urgence, le gouvernement a adopté un règlement ayant force de loi sur la modification du règlement d'application de la loi sur la protection sociale (n° 198/20), qui prévoyait l'accès au droit à l'assistance minimale garantie pour les personnes dont l'emploi avait pris fin pendant la pandémie, afin de l'exercer de manière plus facile d'avril à décembre 2020. L'insécurité financière du ménage était déterminée en calculant le montant de tous les revenus de tous les membres du ménage, tous motifs confondus, au cours du mois précédant le dépôt de la demande d'exercice du droit au revenu minimum garanti. Le droit au RMG ne cessait pas si le bénéficiaire ne s'inscrivait pas au centre pour l'emploi compétent et ne remplissait pas régulièrement les obligations d'inscription conformément à la réglementation sur l'emploi et l'assurance en cas de chômage. La prestation en espèces destinée à couvrir une partie des coûts de la consommation d'énergie a été fournie de manière continue sur une base mensuelle dans le courant de l'année 2020. Étant donné que la situation avec la pandémie de la covid-19 s'est poursuivie en 2021, la loi 302/20 a été adoptée, ce qui a garanti à nouveau un accès plus facile au droit à l'assistance minimale garantie en cas d'état d'urgence. En raison de l'accès facilité à ce droit, à la fin de 2020, le nombre de ménages bénéficiaires a augmenté de 15 % pour atteindre 33 175 ménages, par rapport au nombre de bénéficiaires avant l'introduction des prestations.

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

Conclusion

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

- le montant de l'aide sociale versée à une personne seule sans ressources n'est pas suffisant ;
- les ressortissants des États parties résidant légalement sur le territoire sont soumis à une condition de durée de résidence de cinq ans pour bénéficier de l'aide sociale.

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

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

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Macédoine du Nord.

Le Comité rappelle que l'article 13§3 concerne les services gratuits offrant des conseils et une aide personnelle nécessaires pour prévenir, supprimer ou atténuer les besoins personnels ou familiaux. Il rappelle également 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§3 de la Charte de 1961. Le Comité a reporté sa précédente conclusion (Conclusions 2017). Elle limitera donc son examen aux réponses du gouvernement à sa précédente demande d'informations complémentaires pertinentes.

Le Comité a précédemment rappelé que, lorsqu'il évalue les situations nationales au regard de cette disposition, il examine spécifiquement s'il existe des mécanismes garantissant que les personnes dans le besoin puissent bénéficier gratuitement de services d'aide et de conseils personnels et si ces services et institutions sont répartis de manière adéquate sur une base géographique. Le Comité a demandé des informations actualisées sur les activités des centres de services sociaux (le terme "centres de travail social" est utilisé dans le rapport et plus loin dans la présente conclusion) en ce qui concerne les conseils et l'aide personnelle fournis aux personnes sans ressources afin de prévenir, supprimer ou atténuer leur besoin.

Le rapport indique en réponse que la loi sur la protection sociale prévoit les services sociaux suivants : services d'information et d'orientation, services d'aide et de soutien professionnels, services de conseil, services à domicile, services communautaires et services de soins extrafamiliaux. Les services d'information et d'orientation comprennent l'information des citoyens sur les droits de protection sociale et les services sociaux disponibles, l'évaluation initiale et l'orientation vers d'autres institutions, afin de permettre un accès sans entrave aux droits et aux services à fournir. Les services de conseil comprennent le travail de conseil, afin de prévenir, d'atténuer et de surmonter les conséquences des problèmes sociaux rencontrés par un individu ou une famille. Les services fournis dans les centres d'action sociale sont gratuits pour les bénéficiaires. En outre, la loi sur la protection sociale prévoit que les professionnels des centres de travail social, en collaboration avec les professionnels de l'Agence pour l'emploi, travaillent avec tous les membres du ménage qui sont capables de travailler à l'acquisition et à l'amélioration de leurs compétences professionnelles et de leurs occupations en fonction de leurs capacités et des besoins du marché du travail, afin de les inclure dans des mesures actives et des programmes d'emploi.

En ce qui concerne la répartition géographique, le rapport indique qu'il existe 30 centres de travail social fonctionnant dans le système de protection sociale, qui couvrent et sont responsables de toutes les municipalités de la République de Macédoine du Nord. Afin de faciliter l'accès des citoyens à l'information et l'exercice des droits de protection sociale, 50 bureaux régionaux ont été ouverts dans les municipalités.

Selon le rapport, la loi sur la protection sociale de 2019 a introduit le modèle de gestion des cas dans les centres de travail social et a changé la façon de travailler avec les bénéficiaires dans les centres de travail social, c'est-à-dire que le bénéficiaire et sa famille sont au centre de l'attention et les besoins individuels sont une base pour fournir les droits et les services. De nouvelles catégories de professionnels ont été introduites, notamment un "gestionnaire de cas", un "superviseur" et un "admetteur de cas". Ce dernier est un professionnel d'un

centre de travail social chargé de l'admission initiale, de l'évaluation et de l'orientation du bénéficiaire afin qu'il puisse exercer ses droits à l'aide financière et/ou aux services.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Macédoine du Nord est conforme à l'article 13§3 de la Charte.

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

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