



mars 2022

CHARTÉ SOCIALE EUROPÉENNE REVISÉE

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2021

NORVEGE

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 Norvège, qui a ratifié la Charte sociale européenne révisée le 7 mai 2001. L'échéance pour remettre le 18^e rapport était fixée au 31 décembre 2020 et la Norvège l'a présenté le 22 mars 2021.

Le Comité rappelle qu'il a été demandé à la Norvège 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 2013).

En outre, le Comité rappelle qu'aucune question ciblée n'a été posée au titre de certaines dispositions. Si la conclusion précédente (Conclusions 2013) 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 Norvège a accepté toutes les dispositions de ce groupe, sauf les articles 3§1 et 3§4.

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

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

- 8 conclusions de conformité : articles 3§2, 11§1, 11§2, 12§2, 12§3, 14§1, 14§2 et 30.
- 3 conclusions de non-conformité : articles 12§4, 13§1 et 23.

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

Le prochain rapport que doit soumettre la Norvège est un rapport simplifié qui concerne le suivi donné aux décisions sur le bien-fondé des réclamations collectives au sujet desquelles le Comité a constaté une violation.

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 Norvège.

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.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a estimé que la situation de la Norvège était conforme à l'article 3§2 de la Charte, dans l'attente des informations demandées. Par conséquent, l'appréciation du Comité portera uniquement sur les informations fournies par le gouvernement en réponse à la question ciblée.

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

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 indique que la loi relative à l'environnement de travail (LOV-2005-06-17, n° 62) contient des dispositions concernant le stress lié au travail et précise que l'Inspection du travail a élaboré des orientations sur le sujet par le passé. La même loi couvre les situations de harcèlement et d'autres comportements inappropriés sur le lieu de travail et précise que l'employeur a le devoir de les prévenir. La violence et les menaces sur le lieu de travail sont également sanctionnées par la loi en question et par les règlements relatifs à l'exécution du travail, et sont contrôlées par les services d'inspection. En ce qui concerne la toxicomanie, un site web apporte des conseils aux personnes qui travaillent depuis la maison et ont des problèmes d'addiction. Quant aux maladies professionnelles, elles sont prévues par la loi relative à l'environnement de travail et l'employeur est tenu de répondre aux besoins des travailleurs ayant différents problèmes de santé. Enfin, en ce qui concerne la déconnexion numérique obligatoire du milieu de travail pendant les périodes de repos, en vertu de la législation pertinente, les travailleurs ne doivent pas être à la disposition de l'employeur pendant ces périodes.

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

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

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

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

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

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Le Comité a précédemment jugé la situation conforme sur ce point (Conclusions 2013).

Protection contre les substances et agents dangereux

Le Comité a précédemment jugé la situation conforme sur ce point (Conclusions 2013).

Champ d'application personnel des règlements

Le Comité a précédemment jugé la situation conforme sur ce point (Conclusions 2013).

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le Comité a précédemment jugé la situation conforme sur ce point (Conclusions 2013).

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Norvège est conforme à l'article 3§2 de la Charte.

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

Paragraphe 3 - Application des règlements de sécurité et d'hygiène

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

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

Le Comité avait ajourné sa précédente conclusion dans l'attente des informations demandées (Conclusions 2013).

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

Accidents du travail et maladies professionnelles.

Le Comité a précédemment examiné la situation concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles (Conclusions 2013). Il a estimé que faute de données fiables pour la période de référence, il n'était pas en mesure de dégager une tendance en matière d'accidents du travail et de cas de maladies professionnelles, ni d'effectuer la comparaison nécessaire avec la période de référence précédente. Dans l'attente des informations demandées concernant : les données fiables relatives aux accidents du travail ; les données sur les cas de maladies professionnelles dans tous les secteurs de l'économie, y compris le secteur pétrolier, le Comité a ajourné ses conclusions. Dans sa question ciblée sur l'article 3§3, concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles, le Comité a demandé des informations sur les données statistiques sur la prévalence des décès, blessures et invalidités liés au travail, y compris en ce qui concerne le suicide et d'autres formes d'automutilation, les TSPT, le burn-out et les troubles liés à la consommation d'alcool ou d'autres substances, ainsi que sur les études épidémiologiques conduites pour évaluer les effets sur la santé à (plus) long terme des nouveaux emplois à haut risque (par exemple, les services de livraison à vélo, incluant les personnes employées ou celles dont le travail est géré par l'intermédiaire de plateformes numériques ; les intervenants dans le secteur des loisirs sportifs, notamment les sports de contact ; les emplois impliquant des formes particulières d'interaction avec les clients et le recours possible à des substances potentiellement nuisibles, telles que l'alcool ou d'autres substances psychoactives ; les nouvelles formes d'opérations en bourse à haut rendement, qui génèrent un niveau de stress important ; le personnel militaire ou des services répressifs, etc.) et également en ce qui concerne les victimes de harcèlement au travail et la mauvaise gestion.

En réponse à la première question ciblée concernant les nouveaux emplois à haut risque et les victimes de harcèlement au travail et de mauvaise gestion, le rapport se limite d'indiquer que les autorités n'ont pas la capacité d'identifier facilement les accidents et les maladies qui surviennent dans l'exercice des nouveaux emplois à haut risque, car ces types d'entreprises (comme Uber, Foodora, Wolt et les entreprises de livraison à vélo) ne sont pas enregistrées sous les codes de classification industrielle standard qui permettraient généralement de les identifier. En ce qui concerne diverses professions au sein de la police et d'autres services d'urgence, le rapport indique que les données relatives à ces opérations ne sont pas enregistrées et que Statistics Norway/l'Administration norvégienne du Travail et de la Protection sociale ne disposent pas non plus de ces données.

Le rapport ne fournit pas de chiffres sur le nombre d'accidents du travail ou sur le taux d'incidence de ces accidents. Le Comité réitère sa demande de données concernant les accidents du travail et le taux d'incidence de ces accidents. Le Comité réitère également sa

demande d'informations sur les études épidémiologiques menées pour évaluer les effets sur la santé à (plus) long terme des nouveaux emplois à haut risque (services de livraison à vélo, emplois impliquant des formes particulières d'interaction avec les clients et susceptibles de consommer des substances potentiellement nocives telles que l'alcool ou d'autres produits psychoactifs). De plus, le Comité réitère sa demande en ce qui concerne les victimes de harcèlement au travail et de mauvaise gestion. Le Comité considère que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettrait d'établir que les accidents du travail et les maladies professionnelles font l'objet d'un suivi efficace.

Selon les données EUROSTAT, le nombre d'accidents non mortels du travail a diminué par rapport à la période de référence précédente (de 10,150 en 2016 à 9,943 en 2019, alors que ce nombre était de 26,998 en 2008), tout comme le taux d'incidence de ces accidents (373.85 en 2016 et 326.94 en 2019). Ce taux est nettement inférieur au taux moyen relevé dans l'Union européenne à 27 (1718.32 en 2016 et 1659.09 en 2018). Le nombre d'accidents mortels a diminué durant la période de référence (45 en 2016 et 33 en 2019), bien qu'il n'y ait pas de différence significative avec les chiffres de la période de référence précédente (38 en 2008). Le taux d'incidence de ces accidents (1.66 en 2016, 1.31 en 2018 et 1.09 en 2019) reste inférieur à la moyenne relevée dans l'Union européenne à 27 (1.84 en 2016 et 1.77 en 2018).

Le rapport ne contient pas d'informations ou de données sur les maladies professionnelles. Le Comité réitère sa demande de données et d'informations sur les cas de maladies professionnelles dans tous les secteurs de l'économie, y compris spécifiquement dans le secteur pétrolier. Le Comité considère que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettrait d'établir que les accidents du travail et les maladies professionnelles font l'objet d'un suivi efficace.

Activités de l'Inspection du travail

Le Comité a précédemment examiné la situation concernant les activités de l'Inspection du travail (Conclusions 2013). Il a estimé que l'absence d'informations requises constituait un manquement à l'obligation de faire rapport contractée par la Norvège en vertu de la Charte. Il a donc considéré que le gouvernement avait l'obligation de fournir les informations demandées dans le prochain rapport. Dans l'attente des informations détaillées concernant les modifications mises en œuvre par la loi n° 39/2009, ainsi que toute législation et réglementation relative à la portée des services d'inspection et aux pouvoirs des inspecteurs du travail ; les chiffres relatifs aux visites de contrôle effectuées par l'Agence pour la sécurité dans le secteur pétrolier (PSA) ; les enquêtes sur les plaintes et les enquêtes sur les accidents menées par tous les organes compétents ; le nombre de travailleurs couverts par les visites de contrôle effectuées par la PSA et la Marine (NMA).- L'explication du faible ratio de la main-d'œuvre couverte par les visites de contrôle de l'Autorité d'inspection du travail (AIT) et les mesures administratives que la PSA et la NMA peuvent adopter, ainsi que le montant global des amendes perçues par les organes compétents, et le résultat des rapports à la police, le Comité a reporté ses conclusions. Les questions ciblées concernant les activités de l'inspection du travail portent sur l'organisation de l'inspection du travail et l'évolution des ressources allouées aux services d'inspection du travail, y compris les ressources humaines ; le nombre de visites de contrôle de santé et de sécurité effectuées par l'inspection du travail et la part des travailleurs et des entreprises couverts par les contrôles, ainsi que le nombre d'infractions aux règles sanitaires et de sécurité et la nature et le type de sanctions infligées ; si les inspecteurs sont habilités à contrôler tous les lieux de travail, y compris les locaux d'habitation, dans tous les secteurs de l'économie.

En réponse aux questions ciblées posées par le Comité concernant les activités de l'Inspection du travail, le rapport indique que le 1^{er} janvier 2020 (qui se situe en dehors de la période de référence), l'AIT a introduit son nouveau modèle organisationnel, qui implique le passage d'un modèle organisationnel régional à un modèle organisationnel fonctionnel avec

des départements qui ont une responsabilité à l'échelle nationale dans leurs propres domaines. Selon le rapport, le nombre de contrôles réalisés au cours de la période de référence a légèrement diminué (15,265 inspections en 2016 et 12,362 inspections en 2019), ainsi que le nombre d'entités inspectées (de 13,650 en 2016 à 10,918 en 2019) et la proportion d'entreprises couvertes par les contrôles (7 % en 2016 et 5 % en 2019). Le nombre total de salariés couverts par les contrôles a augmenté (192,515 en 2016 et 202,101 en 2019), mais la proportion de salariés couverts par les contrôles par rapport au nombre total de salariés a diminué (16 % en 2016 et 14 % en 2019).

Lors des inspections, 42,371 manquements ont été constatés en 2016 et 26,361 en 2019. En 2019, 5,605 ordres ont été émis suite aux inspections et dans 367 cas, la décision d'arrêter les activités comme moyen de pression a été adoptée (ce nombre 607 en 2016). 991 amendes ont été infligées en 2019 (858 en 2018, 997 en 2017 et 1050 en 2016). En 2019, 543 amendes pour violation des règles de sécurité et de santé ont été infligées (658 en 2018, 279 en 2017 et 97 en 2016). Le rapport indique également que l'échantillon fourni est limité aux employés enregistrés dans les entreprises contrôlées au niveau de l'entreprise : toute entité inspectée en dehors de ce groupe n'est pas incluse dans le calcul. Le Comité demande que le prochain rapport rende aussi compte des chiffres concernant les employés non enregistrés.

En réponse à la question ciblée de savoir si les inspecteurs sont habilités à contrôler tous les lieux de travail, y compris les locaux d'habitation, dans tous les secteurs de l'économie, le rapport indique que toutes les entreprises employant des salariés entrent dans le champ d'application de la loi sur l'environnement de travail, indépendamment de l'industrie ou du secteur. Dans certains cas particuliers, la réglementation s'applique aussi aux entreprises sans salariés. L'Inspection norvégienne du travail supervise le respect de la législation. L'Autorité norvégienne de sécurité pétrolière supervise les activités pétrolières et les installations terrestres. En ce qui concerne l'accès de l'AIT aux entreprises, la loi sur l'environnement de travail stipule que l'inspection a un accès illimité à tous les locaux couverts par la loi. Cela inclut les locaux de travail, les chantiers de construction, les logements du personnel fournis par l'employeur et les lieux où sont stockés, par exemple, des produits chimiques dangereux.

Le rapport ne fournit pas d'informations concernant la question ciblée relative à l'évolution des ressources allouées aux services d'inspection du travail, y compris les ressources humaines. Par conséquent, le Comité réitère sa demande d'informations à cet égard et, en particulier, sur le nombre total d'inspecteurs du travail (à l'exclusion du personnel administratif) et le nombre d'inspecteurs pour 10,000 personnes employées. Il demande également des informations sur le nombre annuel de visites de contrôle par inspecteur. En outre, le Comité réitère sa demande d'informations, formulée dans ses précédentes conclusions, sur les modifications apportées par la loi n° 39/2009, ainsi que sur toute législation et réglementation relative à la portée des services d'inspection et aux pouvoirs des inspecteurs du travail. Le Comité considère que dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettrait d'établir que les activités de l'inspection du travail sont efficaces.

Conclusion

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

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 1 - Elimination des causes d'une santé déficiente

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

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 conclu que la situation de la Norvège était conforme à l'article 11§1 de la Charte (Conclusions 2013). 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 acte de la réponse à la question relative à la covid-19 qu'à titre d'information, dans la mesure où elle concerne des faits survenus hors période de référence (soit après le 31 décembre 2019). En d'autres termes, les informations mentionnées dans la partie portant sur la covid-19 ci-après ne seront pas utilisées pour établir la conformité de la situation avec la Charte dans le cadre du présent cycle de contrôle.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

En réponse à la question ciblée du Comité concernant les données statistiques sur l'espérance de vie dans tout le pays et entre les différents groupes de population, le rapport indique que, selon le Bureau norvégien de la statistique, l'espérance de vie à la naissance en 2019 était de 84,69 ans pour les femmes et de 81,19 ans pour les hommes.

Le rapport indique également que l'Institut norvégien de la santé publique (NIPH) a observé des écarts entre les comtés pouvant aller jusqu'à 2,5 ans, l'espérance de vie la plus haute étant enregistrée dans l'ouest du pays et les niveaux les plus bas dans les anciens comtés de Finnmark, Østfold et Hedmark. En comparant les communes présentant l'espérance de vie la plus basse et l'espérance de vie la plus haute, le NIPH a constaté des différences allant jusqu'à 10 ans. Dans certains arrondissements d'Oslo, l'écart d'espérance de vie peut aller jusqu'à 8 ans. Le rapport précise que ces différences sont principalement imputables aux inégalités socio-économiques. En Norvège, le niveau d'instruction est un facteur qui contribue de façon majeure à la grande variation de l'espérance de vie. Ainsi, les hommes et les femmes qui ont fait des études supérieures peuvent s'attendre à vivre respectivement 6,4 et 5 ans de plus que celles et ceux qui se sont arrêtés à la scolarité obligatoire.

Le Comité note que, selon le rapport, les conclusions du NIPH s'appuient sur des chiffres de 2015, année qui ne fait pas partie de la période de référence. Il demande que le prochain rapport fournisse des données à jour, correspondant à la période de référence en question sur l'espérance de vie dans tout le pays et entre les différents groupes de population identifiés dans le rapport.

Le rapport précise par ailleurs que, d'après la Direction de l'enfance, de la jeunesse et des affaires familiales (Bufdir), certains immigrés présentent un taux de mortalité inférieur au reste de la population, notamment ceux qui sont arrivés dans le pays avant l'âge de 3 ans ou après 45 ans, ceux qui sont domiciliés en Norvège depuis peu de temps, ceux qui immigrèrent en Norvège pour y travailler ou y étudier, ainsi que les réfugiés et ceux qui rejoignent la Norvège au titre du regroupement familial. Certains groupes d'immigrés présentent un taux de mortalité légèrement supérieur à la population générale, notamment ceux qui sont arrivés en Norvège entre l'âge de 3 et de 18 ans, ceux qui ont vécu en

Norvège plus de 30 ans ou au moins 40 % de leur vie, ainsi que les immigrés des pays nordiques.

Le rapport indique que l'espérance de vie est légèrement plus basse dans la région du STN (programme de soutien économique du Parlement sámi) située au nord de la chaîne de montagnes Saltfjellet que dans les autres régions au nord de celle-ci.

Le rapport fournit également des données statistiques sur le nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH par an, qui serait passé de 100 en 2009 à 28 en 2019.

Accès aux soins de santé

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

Le rapport indique que la politique norvégienne de la santé pose comme principe que la santé et les droits sexuels et reproductifs sont une part importante de la santé publique. La stratégie du gouvernement en matière de santé sexuelle, « Parlons-en ! » (2017-2022), souligne l'importance de ce sujet et constitue le fondement d'une action globale visant à protéger la santé sexuelle et les droits sexuels et reproductifs de la population. Le rapport précise qu'une bonne santé sexuelle est importante pour la qualité de vie de la personne. Les enfants, les jeunes et les adultes ont besoin d'informations et doivent avoir suffisamment d'assurance pour fixer des limites et faire des choix concernant leur corps et leur sexualité sans être influencés.

Le rapport indique en outre que les enfants ainsi que les moins de 20 ans, les femmes enceintes et les femmes qui viennent d'accoucher ont légalement droit à des services gratuits de soins de santé primaires qui leur assurent une bonne santé sexuelle et reproductive. Les lignes directrices nationales pour les centres de santé infantile et les services de santé scolaire ainsi que les lignes directrices nationales applicables aux soins néonataux ont pour but de garantir que les services apportés sont de grande qualité. Le centre de santé pour les jeunes est un service municipal officiel et gratuit qui s'adresse aux jeunes jusqu'à l'âge de 20 ans. Bon nombre de collectivités locales ont décidé de repousser la limite d'âge à 25 ans. Ces centres proposent des consultations adaptées aux besoins des jeunes en matière de santé sexuelle, de contraception et d'infections sexuellement transmissibles. Les femmes de plus de 25 ans s'adressent à un médecin généraliste, à un médecin privé ou à une sage-femme pour les consultations concernant la santé sexuelle et reproductive. Les femmes enceintes et les femmes qui viennent d'accoucher peuvent obtenir auprès d'une sage-femme ou d'un infirmier ou une infirmière du secteur public des conseils en matière de contraception et une aide concernant leur santé sexuelle et reproductive.

Le rapport fournit des données détaillées sur l'accès à la contraception (y compris la contraception d'urgence et la stérilisation comme méthode de contraception) et sur l'accès à l'information. En plus des médecins, les infirmières, infirmiers et sages-femmes diplômés du secteur public peuvent prescrire aux femmes de plus de 16 ans tous types de contraceptifs. Dans le cas des filles de moins de 16 ans, les contraceptifs doivent être prescrits par un médecin. En ce qui concerne le coût de la contraception, le rapport indique que les femmes âgées de 16 à 22 ans reçoivent un soutien financier qui couvre tout ou partie de ces frais. Le niveau de couverture varie en fonction du produit utilisé et de l'âge de la femme. Les femmes de 19 ans ou moins ne paient pas pour le stérilet et les implants contraceptifs, tandis que celles de 20 et 21 ans doivent payer un faible montant. La contraception d'urgence n'est pas gratuite, mais disponible sans ordonnance dans les pharmacies (sans limite d'âge) et les supermarchés (à partir de 18 ans).

Le Comité demande des informations sur la part du coût des contraceptifs qui n'est pas couverte par l'État (lorsque cette dépense n'est pas totalement remboursée par ce dernier).

En ce qui concerne l'accès à l'avortement, le rapport indique que depuis 1979, les femmes vivant en Norvège ont le droit de décider si elles veulent ou non avorter au cours des douze premières semaines de grossesse. Il n'y a pas d'obligation de respecter une période de réflexion. Le personnel de santé est tenu d'informer l'intéressée sur le déroulement de l'avortement et sur les risques de complications ; il prodigue également conseils et soutien. Dans le cas des filles de moins de 16 ans, les parents ou tuteurs ont la possibilité d'exprimer leur avis sauf si cela n'est pas souhaitable pour des raisons particulières. Pour les femmes présentant un handicap mental, le parent le plus proche a la possibilité de donner son avis. Si la femme concernée souffre d'une maladie mentale grave ou d'un handicap mental, le parent le plus proche peut demander un avortement au nom de l'intéressée. Le consentement de cette dernière est obligatoire si l'on peut supposer qu'elle est en mesure de comprendre la portée de l'intervention.

Le rapport indique en outre que les femmes qui souhaitent avorter après la fin de la 12^e semaine de grossesse doivent en faire la demande circonstanciée auprès d'une Commission sur l'interruption volontaire de grossesse. Les conditions à remplir pour que la demande soit acceptée sont de plus en plus strictes à mesure que la grossesse avance. Depuis la modification apportée à la loi sur l'avortement en 2019, toute demande de réduction embryonnaire doit être acceptée par une Commission. Au 1^{er} janvier 2020 (hors période de référence), vingt-six hôpitaux norvégiens disposaient d'une telle Commission.

En ce qui concerne le coût des avortements, le rapport indique qu'ils sont gratuits pour les femmes résidant en Norvège. Les femmes qui ne résident pas sur le territoire mais sont affiliées au régime d'assurance national ou couvertes par un accord de réciprocité conclu avec un pays tiers peuvent obtenir la prise en charge de leurs dépenses par le régime d'assurance national. Les autres doivent financer elles-mêmes l'intervention.

Le rapport indique que le taux d'avortement en Norvège est en baisse et qu'en 2019, il était au plus bas depuis la création du registre des avortements en 1979. D'après les statistiques présentées dans le rapport, la baisse la plus importante concerne la tranche d'âge inférieure (femmes âgées de 15 à 19 ans) tandis que le taux d'avortement est maximal chez les 25-34 ans.

Le rapport fournit des données statistiques sur les accouchements d'adolescentes, la mortalité maternelle et les mortinaissances. Il fournit également des informations sur les mesures prises pour prévenir la mortalité infantile telles que le programme de formation « Intervention précoce » destiné aux services et aux professionnels des collectivités locales. L'objectif de ce programme est de permettre aux praticiens de mener des entretiens avec tact et d'augmenter la probabilité de repérer les risques et d'intervenir à un stade précoce auprès des femmes enceintes et des familles. L'un des thèmes importants abordés dans ce programme concerne les actions de suivi et de dialogue menées auprès des femmes enceintes et des parents au sujet de l'alcool, des difficultés liées à la santé mentale et de la violence dans les relations proches. Jusqu'ici, 163 communes au total ont participé à ce programme de formation.

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

En ce qui concerne le droit à la protection de la santé pour les personnes transgenres, le Comité a pris note, dans sa précédente conclusion, du document de l'association ILGA (International Lesbian and Gay Association) (Région Europe) dans lequel celle-ci affirme qu'« en Norvège, ces personnes ont l'obligation de se faire stériliser pour obtenir la reconnaissance juridique de leur identité de genre ». Il a demandé si la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres exigeait (en droit ou dans la pratique) qu'elles subissent une stérilisation ou un autre traitement médical invasif qui

pourrait nuire à leur santé ou à leur intégrité physique (Introduction générale, Conclusions 2013). Le Comité note, d'après Transgender Europe (TGEU), qu'en juillet 2016, la Norvège a adopté une loi sur la reconnaissance de l'identité de genre, qui permet à une personne de faire modifier son identité de genre juridique (masculin/féminin) sans avoir à subir la stérilisation auparavant requise.

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 explique que d'après l'article 3-1 [sur le droit des patients à la participation] de la Loi sur les droits des patients, l'utilisateur est en droit de participer à la définition de ses soins de santé. Cela comprend le droit de participer au choix entre les différentes options disponibles et médicalement sûres en matière de services, de méthodes d'examen et de traitement. Selon le rapport, les modalités de la participation doivent être adaptées à la capacité de chaque patient de donner et de recevoir des informations. Les enfants capables de se forger leurs propres opinions doivent être informés et écoutés. L'avis de l'enfant doit être évalué à la lumière de son âge et de sa maturité.

Covid-19

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

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

En ce qui concerne la prise en charge des malades, le rapport précise que toutes les personnes contaminées ont reçu les soins de santé nécessaires et appropriés, mais que les personnes infectées par la covid-19 ont été prioritaires sur les autres patients. Par exemple, les interventions chirurgicales non urgentes ont été reportées à court terme pour s'assurer qu'en cas de besoin, les ressources seraient suffisantes pour soigner les patients atteints de la covid-19. Aucune surmortalité n'a été enregistrée pendant la pandémie. Les chiffres intermédiaires du NIPH font état de 190 décès pour 100 000 habitants de mars à mai de cette année, alors qu'à la même période l'an dernier, ce chiffre était de 192. Cela étant, le personnel de santé considère que les mesures de prévention des infections mises en place dans leur travail sont génératrices de stress, ce d'autant plus à mesure que le temps passe. Il a également été signalé que les groupes de population vulnérables ont eu plus de difficultés que les autres pendant la pandémie. Ainsi, des rapports font état d'un isolement et d'une solitude accrue, avec les problèmes psychologiques qui en découlent.

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

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

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

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

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Norvège est conforme à l'article 11§1 de la Charte.

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 Norvège.

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 Norvège était conforme à l'article 11§2 de la Charte (Conclusions 2013).

Éducation et sensibilisation de la population

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

Le rapport indique qu'une Stratégie nationale de sensibilisation à la santé a été adoptée pour la période 2019-2023. Elle vise notamment à garantir l'intégration de compétences en matière de santé dans la planification, le développement, la mise en œuvre et l'évaluation des services de santé et de soins, et des activités de santé publique à tous les échelons de service et administratifs ; à contribuer à faire de la Direction norvégienne de la Santé une organisation orientée sur les compétences en matière de santé ; à constituer une base de connaissances permettant de mener des interventions ciblées et favorisant les choix éclairés en matière de santé, en réalisant notamment un inventaire national des organismes compétents en matière de santé ; à faire figurer les compétences en matière de santé parmi les objectifs et les résultats d'apprentissage de tous les programmes de formation professionnelle des domaines de la protection sociale et de la santé ; à valoriser et à encourager les organisations sans but lucratif œuvrant à une amélioration des compétences de la population en matière de santé.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations plus détaillées sur l'éducation en matière de 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.

Concernant l'éducation à la santé dans les écoles, le rapport indique qu'elle s'inscrit dans le cadre du programme national d'enseignement, qui en définit le contenu dans les écoles de Norvège. Les pouvoirs locaux et les écoles disposent d'une autonomie considérable dans la définition de la manière dont l'éducation est organisée afin d'atteindre les objectifs du programme. Les écoles et les enseignants déterminent les programmes et les supports pédagogiques qu'ils utiliseront. Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2009), le Comité a relevé que le travail mené par le service de santé scolaire couvre des thèmes comme la sexualité, les relations interpersonnelles et la contraception, la protection contre les maladies transmissibles, l'alimentation, l'hygiène dentaire, les campagnes de lutte contre le tabac, l'alcool et la drogue, l'activité physique et la prévention des accidents et des dommages corporels.

Le rapport indique qu'un nouveau programme d'enseignement a été élaboré de 2016 à 2019, en vue de le faire appliquer dans les écoles à l'automne 2020 (en dehors de la période de référence).

Par ailleurs, la Direction norvégienne de l'éducation et de la formation a mis en ligne une ressource créée pour la prévention des blessures volontaires et du suicide. Elle recommande aux écoles d'adopter une approche pluridisciplinaire et de collaborer sur ces thèmes avec d'autres disciplines et secteurs.

Concernant l'éducation sexuelle et génésique, le rapport précise que divers aspects de ces questions sont abordés dans les cours de sciences sociales, de sciences, d'éducation physique, de religion et d'éthique. Le Comité prend note des exemples d'objectifs de compétences énoncés dans les manuels des différents cours mentionnés dans le rapport. Ainsi, des thèmes centraux des cours de sciences sociales sont l'orientation sexuelle, la fixation de limites et les abus sexuels. Les sciences naturelles mettent l'accent sur la santé reproductive, les changements corporels à la puberté et l'impact potentiel de la puberté sur les émotions. Les drogues et l'alcool sont aussi couverts dans le programme de sciences.

Dans ses questions ciblées, le Comité a également demandé des informations sur la sensibilisation et l'éducation en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre (OSIG) et de violence fondée sur le genre. En réponse, le rapport énonce quelques exemples de ressources d'apprentissage en lien avec la sensibilisation et l'éducation en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre (OSIG) et de violence fondée sur le genre. Le Comité prend note du logiciel didactique « *Jeg Vet* » (« Je sais »), lancé en 2018 afin de prévenir la violence et d'acquérir les compétences de la vie courante dans les écoles maternelles et primaires. L'objectif est notamment de doter les enfants de connaissances de qualité, adaptées à leur âge, sur la violence, le harcèlement et les abus sexuels et sur leurs droits, ainsi que de leur apprendre où ils peuvent demander de l'aide. Il fournit également du matériel de soutien aux enseignants. Un autre outil pédagogique baptisé « *Snakke sammen* » (« Parler ensemble ») a également été lancé en 2018. Il s'agit d'un portail numérique d'information et de simulation destiné à accroître la confiance des adultes quand ils abordent ces questions importantes qui préoccupent les enfants.

Consultations et dépistage des maladies

Dans sa précédente conclusion, le Comité a considéré que la situation de la Norvège 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).

Le rapport indique que les services de santé scolaire ont été renforcés. Au cours de la période de 2014 à 2019, le financement des services de santé scolaire et des centres de santé infantile a graduellement augmenté.

Le rapport identifie diverses mesures prises, notamment pour lutter contre la pseudoscience dans le domaine de la santé. Le Comité observe que le site officiel pour les soins de santé (*Helsenorge.no*) a été développé pour les personnes résidant en Norvège afin d'améliorer et de simplifier les interactions entre le patient, sa famille et le service de santé, pour promouvoir les compétences de la vie courante, renforcer le rôle des patients et améliorer leur état de santé. Il s'efforce de simplifier la recherche et la sélection d'un prestataire de traitement, d'offrir aux utilisateurs un accès à leurs propres informations de santé, de diffuser des informations de qualité et de proposer des conseils sur la santé, les choix de style de vie, les symptômes, les maladies, les traitements et les droits.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Norvège 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 Norvège.

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

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

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

Dans sa précédente conclusion, le Comité a conclu que la situation de la Norvège était conforme à l'article 11§3 de la Charte (Conclusions 2013).

Services de santé dans les lieux de détention

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

Le rapport indique que les soins de santé dispensés en milieu carcéral reposent sur le principe de l'équivalence avec le niveau de soins disponibles en milieu ouvert et doivent être adaptés aux besoins individuels. Le rapport relève également que la responsabilité de la prestation des soins de santé en milieu carcéral est partagée entre les collectivités locales et provinciales, les autorités sanitaires régionales, l'administration pénitentiaire et la police.

Le Comité se réfère au dernier rapport de visite sur la Norvège du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (2018), lequel relève un problème persistant, à savoir que les détenus souffrant d'un trouble mental grave se voient refuser l'accès à une unité psychiatrique/hôpital approprié aussi longtemps que leur état de santé l'exige. Le gouvernement norvégien a indiqué à l'époque qu'il prévoit de construire un nouveau service pénitentiaire régional de psychiatrie dans la région d'Oslo pour répondre à ces besoins. Dans ses dernières observations finales sur la Norvège (datées de 2018), le Comité des Nations Unies contre la torture a aussi relevé la grave insuffisance des services de soins de santé mentale et la faible capacité des services psychiatriques hospitaliers censés accueillir les détenus atteints de maladies mentales graves, ce qui entraîne souvent le placement des intéressés à l'isolement, y compris dans des cellules de sécurité, une pratique de nature à entraîner une nouvelle détérioration de leur santé.

Compte tenu de ce qui précède, le Comité demande des informations sur les mesures prises en vue de garantir que les détenus souffrant de problèmes de santé mentale bénéficient de soins psychiatriques appropriés.

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 dresse un aperçu des mesures prises en vue de soutenir les personnes souffrant de troubles liés à l'abus de substances et à la toxicomanie dans le contexte de la pandémie de covid-19, en dehors de la période de référence et sans lien direct avec la question ciblée.

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

Le Comité constate que les informations demandées n'ont pas été communiquées, s'agissant de la disponibilité et l'étendue des services de santé mentale de proximité et de la transition vers des soins prodigués dans les structures correspondantes, de préférence à ceux dispensés dans des établissements de grande taille. Le Comité a également demandé des informations statistiques sur les mesures de sensibilisation liées à l'évaluation de la santé mentale des populations vulnérables et sur les mesures proactives adoptées pour veiller à ce que les personnes ayant besoin de soins de santé mentale ne soient pas négligées. Le Comité réitère donc sa demande et considère que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettrait d'établir que la situation en Norvège est conforme à l'article 11§3 de la Charte.

Prévention de la toxicomanie et réduction des risques

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

dans le cas de l'acceptation d'une désintoxication ou d'un autre traitement obligatoire au lieu de la privation de liberté comme sanction) et, d'autre part, le consentement basé sur des informations insuffisantes, inexactes ou trompeuses (c'est-à-dire, qui ne sont pas fondées sur l'état actuel des connaissances scientifiques).

Le rapport fournit des informations sur les tendances concernant le nombre de décès liés à la consommation de drogues au cours de la période de référence, lequel est resté relativement stable (286 décès en 2018, 249 en 2017 et 284 en 2016). Le rapport se concentre par ailleurs sur les politiques de prévention qu'il expose de manière assez détaillée. Les lignes directrices sur les efforts locaux en matière de santé mentale et de toxicomanie chez les adultes énumèrent les interventions sanitaires et sociales répondant aux besoins des différents groupes d'utilisateurs. Enfin, la Stratégie nationale 2019-2022 de lutte contre les overdoses comporte des mesures visant à sauver des vies et à limiter les dommages pour la santé.

Le Comité constate, sur la base d'autres sources, que le nombre de cas nouvellement diagnostiqués de VIH et d'hépatite B aiguë chez les personnes qui s'injectent des drogues est resté relativement stable et faible au cours de la période de référence (*Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Rapport sur les drogues, Norvège, 2019*). Pour ce qui est des interventions visant à réduire les risques, les structures à bas seuil offrent un large éventail de services, tels que des contrôles de santé, des vaccinations (y compris la fourniture gratuite de vaccins contre l'hépatite A et B), la distribution de matériel d'injection et de feuilles d'aluminium propres, des initiatives de prévention des overdoses, des conseils en matière de nutrition et d'hygiène, un suivi et une orientation vers d'autres services de santé, ainsi que des salles d'injection supervisées. Le traitement de la toxicomanie englobe une gamme de services comprenant l'évaluation, la désintoxication, la stabilisation, les traitements résidentiels à court et à long terme et les traitements assistés par médicaments, tels que les traitements par agonistes opioïdes.

Environnement sain

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

Le rapport présente sommairement certaines dispositions de la Loi sur le contrôle de la pollution visant la gestion des déchets, les permis et règlements relatifs aux activités génératrices de pollution, les mesures d'urgence en cas de pollution aiguë, les compétences de l'Autorité de contrôle de la pollution et l'accès à l'information.

Vaccinations et surveillance épidémiologique

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

Le rapport dresse la liste des initiatives nationales et internationales de recherche sur les vaccins auxquelles la Norvège contribue.

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 dresse un aperçu des mesures préventives prises dans le contexte de la pandémie de covid-19, s'agissant notamment du confinement, du dépistage, du traçage, du régime de quarantaine applicable aux voyageurs arrivant de l'étranger ou des campagnes de communication publique. Le rapport indique que les mesures mises en œuvre se sont avérées efficaces, la Norvège ayant enregistré un niveau relativement faible de décès et d'hospitalisations. Dans le même temps, le personnel de santé a éprouvé des difficultés inhérentes à la pression supplémentaire exercée par la pandémie, tandis que les membres des groupes vulnérables ont fait état d'un isolement et d'une solitude accrus se traduisant par des problèmes de santé mentale.

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

Conclusion

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

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 1 - Existence d'un système de sécurité sociale

Le Comité 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 en 2021.

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 Norvège.

Le Comité rappelle que la Norvège a ratifié le Code européen de sécurité sociale et son Protocole le 25 mars 1966, et a accepté les parties II-VII, IX et X du Code.

Le Comité relève dans la Résolution CM/ResCSS(2020)13 du Comité des Ministres sur l'application du Code européen de sécurité sociale et de son Protocole par la Norvège (période du 1^{er} juillet 2018 au 30 juin 2019) que la législation et la pratique de la Norvège continuent à donner pleinement effet à toutes les parties du Code et du Protocole qui ont été acceptées.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Norvège 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 Norvège.

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 Norvège était conforme à l'article 12§3 de la Charte (Conclusions 2013). Il limitera donc son examen aux réponses données par le 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 le régime d'assurance national norvégien est un système complet qui couvre toutes les personnes résidant ou employées en Norvège, c'est-à-dire 100 % de la population. Les exceptions sont limitées à des catégories comme les diplomates étrangers en poste en Norvège ou les travailleurs détachés en Norvège qui restent assurés dans leur pays d'origine en vertu d'un accord bilatéral ou multilatéral de coordination de la sécurité sociale. Des personnes résidant à l'étranger peuvent bénéficier d'une affiliation similaire au régime d'assurance national norvégien. Il n'y a toutefois pas de statistiques précises sur ces groupes. Le Gouvernement ajoute que le régime d'assurance national norvégien, combiné au régime d'allocations familiales, comprend toutes les branches de la sécurité sociale telles que définies dans le Code européen de sécurité

sociale ; il renvoie à ce sujet au document « Le régime norvégien d'assurance sociale » (publié sur son site web) qui renseigne notamment sur la nature du régime et ses différentes branches, le financement, le niveau des prestations et les conditions pour y avoir droit.

Il ressort d'autres sources que l'économie de plateforme a fait l'objet de développements, et de débats, durant la période de référence. En particulier, le Gouvernement a nommé en 2016 le « Comité de l'économie collaborative » aux fins d'évaluer les opportunités et les défis de l'économie collaborative et d'élaborer des propositions pour adapter les politiques et la législation norvégiennes. Parmi les conclusions figurant dans le rapport (2017), une majorité des membres du comité a estimé que l'économie collaborative ne remettait pas en question le terme « salarié » de la loi sur l'environnement de travail en vigueur et que les régimes nationaux d'assurances et de pensions en vigueur pour les travailleurs indépendants étaient bien-fondés ; cette majorité a donc proposé de ne pas modifier la loi sur l'environnement de travail et les droits aux prestations d'assurance/droits à pension des travailleurs indépendants (régimes nationaux). D'autres études et publications ont en revanche souligné que le statut des travailleurs des plateformes numériques n'est pas clair, et que la couverture sociale de ces derniers contient des lacunes et doit être améliorée (e.g. *Protection of platform workers in Norway, Part 2 Country report*, Marianne Jennum Hotvedt – *Nordic future of work project 2017-2020 : Working paper 09, Pillar VI, Fafo 2020*).

Le Comité prend note de ces informations, qui sont utiles mais ne lui permettent pas d'avoir une image complète de la couverture sociale dont bénéficient les travailleurs des plateformes numériques. Le Comité 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).

Covid-19

En réponse à la seconde question, le Gouvernement indique qu'en raison de la pandémie, des modifications ont été introduites en mars 2020 concernant les indemnités de maladie et les allocations pour soins (champ d'application et régime des prestations). Ainsi, le droit aux indemnités de maladie a été élargi aux personnes qui doivent s'absenter du travail en raison de la covid-19 (y compris en cas de quarantaine, i.e. de suspicion de maladie) ; de plus, pour les arrêts de travail dus à la covid-19, la période d'indemnisation par les employeurs (avant la prise en charge par l'assurance nationale) a été réduite de 16 à trois jours, et les travailleurs indépendants et les *freelances* sont indemnisés à partir du quatrième jour de l'arrêt de travail (au lieu du 17^e jour). Le champ d'application des allocations pour soins a lui aussi été élargi pour inclure les gardes d'enfants en cas de fermeture d'écoles/de jardins d'enfants en raison de la pandémie ainsi que les gardes d'enfants lorsque ces derniers ne peuvent pas se rendre à l'école/au jardin d'enfants pour cause de maladie (de l'enfant ou d'un membre de la famille). Dans ces deux cas (fermeture des établissements ; enfant ou membre de la famille malade), les parents reçoivent autant de jours de prestations qu'il est nécessaire. De surcroît, le nombre de jours d'indemnités de garde a été augmenté en 2020 pour tous les parents.

Conclusion

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

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

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

Le Comité note que le rapport ne fournit aucune information concernant cette disposition de la Charte. Par conséquent, le Comité réitère sa précédente conclusion de non-conformité.

Conclusion

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

- la durée de résidence requise pour la conservation des avantages acquis de prestations non-contributives de vieillesse, d'invalidité et de survivant est excessive ;
- le droit au maintien des droits en cours d'acquisition n'est pas garanti aux ressortissants de tous les autres Etats parties.

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 Norvège.

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 (Conclusions 2013), le Comité a estimé que la situation de la Norvège n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte au motif que le niveau de l'assistance sociale est insuffisant.

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

Le Comité prend note que le rapport indique qu'il n'y a pas eu de réformes du cadre juridique des services sociaux au cours de la période 2016-2019. Des ajustements mineurs ont été apportés aux règlements, tels que l'introduction d'une obligation pour les bénéficiaires de la sécurité sociale âgés de moins de 30 ans d'exercer une activité professionnelle à partir de 2017, et des changements dans les règlements du programme de qualification en 2019 afin de le rendre plus accessible et flexible. Les personnes qui ne peuvent pas subvenir à leurs besoins par des revenus du travail ont droit à un soutien financier. Ce soutien doit viser à rendre la personne concernée capable de subvenir à ses besoins. Le ministère peut émettre des directives recommandées concernant le niveau d'aide et le fait depuis 2001. Les directives gouvernementales concernant le niveau d'aide financière pour certains frais de subsistance de base sont ajustées chaque année en fonction de l'inflation.

Niveaux de prestations

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

- Prestation de base : Le Comité note du MISSOC que, selon les directives gouvernementales en vigueur à cet égard, qui définissent les dépenses pour lesquelles une aide doit être accordée et les montants mensuels raisonnables de l'allocation de subsistance (compte tenu des dépenses les plus ordinaires de la vie quotidienne, mais à l'exclusion de l'allocation de logement, de l'électricité, de l'assurance logement, etc. qui sont versées séparément, en fonction des besoins réels), celle-ci s'élevait à 6 250 NOK en 2020 (573 €) pour une personne seule, à 10 450 NOK (959 €) pour un couple marié ou cohabitant et à 5 250 NOK (482 €) pour les personnes vivant en ménage commun.
- Soins médicaux : selon le MISSOC, les services de soins de santé publics sont accessibles à tous les résidents. Lorsque l'accès dépend d'un co-paiement, il en

est tenu compte pour déterminer le montant de l'aide financière. Par conséquent, il n'est pas nécessaire de prévoir un accès spécial aux soins de santé pour ce groupe de personnes. La fréquence des paiements dépend des besoins. Les directives gouvernementales sont basées sur une présomption des besoins par mois. Mais si le bénéficiaire a des besoins supplémentaires pendant cette période, il peut demander une aide financière supplémentaire à tout moment.

- Le seuil de pauvreté : le rapport indique que les statistiques indiquant le montant mensuel moyen ne donnent pas une image précise de la situation financière réelle du bénéficiaire de la prestation. Lors de l'évaluation de la situation financière totale du bénéficiaire de la prestation, il faut également tenir compte d'un certain nombre de services importants, comme le fait que les crèches, les écoles et les services de santé et de soins sont soit gratuits, soit nécessitent une petite contribution personnelle. La Norvège n'a pas de seuil de pauvreté officiel. Le rapport considère que l'échelle d'équivalence de l'UE utilisée dans cette mesure stipule que le seuil de pauvreté doit être fixé à 50 pour cent du revenu médian. Eurostat utilise principalement 60 pour cent du revenu médian comme indicateur de risque de pauvreté. Le rapport indique qu'en 2018, les 50 % du revenu médian étaient de 192 100 NOK (18 702 €). Selon Eurostat, en 2019, il s'élevait à 1 630 € par mois.

Le Comité prend note de toutes les explications et du fait que chaque situation doit être évaluée individuellement. Il note en outre du MISSOC que certaines allocations de logement sont fournies par la Banque du logement (*Husbanken*). Les coûts de logement doivent être considérés par la municipalité sur une base concrète et individuelle. Tous ceux qui ne peuvent pas assumer leurs frais de logement peuvent demander une aide financière. Cependant, ces montants restent bien en dessous du seuil de pauvreté tel que défini et ne sont donc pas conformes à l'article 13§1 de la Charte.

A la lumière des informations ci-dessus, le Comité conclut que le niveau d'assistance sociale est inadéquat et que la situation n'est donc pas conforme à l'article 13§1 de la Charte.

Droit de recours et aide judiciaire

La situation était auparavant conforme à la Charte. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur les appels et les recours disponibles dans ce domaine.

Champ d'application personnel

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

Ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire

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

Le rapport indique que toutes les personnes sans résidence légale en Norvège ont droit à une assistance médicale immédiate, cf. Règlement relatif au droit à la santé et aux services de soins pour les personnes sans résidence permanente en Norvège. Les personnes sans résidence légale dans le pays ont droit à des soins de santé gratuits et au traitement des

maladies infectieuses, y compris la covid-19. Oslo et Bergen ont des centres de santé dédiés aux sans-papiers qui fournissent des soins de santé pendant un nombre limité de jours et d'heures par semaine. À Trondheim, les personnes sans résidence légale reçoivent des soins par l'intermédiaire de l'équipe médicale pour les réfugiés. Il n'existe pas de centres de santé dédiés à ce groupe ailleurs dans le pays, mais d'après les enquêtes menées par l'Association médicale norvégienne, les médecins généralistes de la majeure partie de la Norvège traitent les patients sans résidence légale. Le rapport indique que les citoyens étrangers qui n'ont pas de résidence légale en Norvège n'ont pas droit aux services individuels prévus par la loi sur les services sociaux, à l'exception des informations, des conseils et de l'orientation fournis par l'autorité locale. Si une personne sans résidence légale est incapable de subvenir à ses besoins et n'a pas droit à un logement financé par le gouvernement, elle a néanmoins droit à un soutien financier et à une aide pour trouver un logement temporaire pour une courte période en cas d'urgence. L'aide est fournie jusqu'à ce que la personne puisse effectivement quitter le pays.

Le Comité considère que la situation à cet égard est conforme à la Charte.

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

Le Comité prend note que certaines modifications ont été apportées au régime d'assistance sociale à la suite de la pandémie de la covid-19, comme l'introduction d'une base juridique pour réglementer les exceptions temporaires à l'utilisation de l'activité comme critère d'éligibilité pendant une maladie transmissible grave, afin de recevoir une assistance financière. Les participants au programme de qualification ne perdront pas le droit à une prestation ou à un temps de participation au programme en raison de la pandémie de la covid-19. Cela inclut les situations dans lesquelles les participants ne sont pas en mesure de réaliser l'activité prévue en raison de la pandémie de la covid-19, alors qu'il s'agissait initialement d'une condition préalable pour bénéficier de la prestation.

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 Norvège n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte au motif que le niveau d'assistance sociale est insuffisant.

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

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

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

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

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

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

Article 14 - Droit au bénéfice des services sociaux

Paragraphe 1 - Encouragement ou organisation des services sociaux

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

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

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

En ce qui concerne la description de l'organisation générale des services sociaux, le Comité renvoie à sa conclusion précédente (Conclusions 2013), dans laquelle il a jugé la situation conforme à la Charte. Le rapport n'indique aucun changement à cet égard.

En réponse aux questions ciblées, le rapport indique que le traitement des dossiers des services sociaux a bien fonctionné pendant la pandémie et que la disponibilité des services a été largement maintenue. La Direction du travail et de la protection sociale a élaboré un guide visant à simplifier le traitement des décisions relatives à l'aide sociale financière en raison de la pandémie. Il fournit des conseils sur la manière dont la NAV peut assurer un traitement adéquat des dossiers dans une période de forte pression sur les services sociaux. Au cours de la période, une solution pour les demandes d'aide sociale en ligne (DIGISOS) a également été mise en œuvre dans toutes les autorités locales. Cette solution a rendu la NAV plus accessible aux personnes qui doivent demander une aide sociale. Elle a également contribué à simplifier le traitement des demandes d'aide sociale financière.

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

Conclusion

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

Article 14 - Droit au bénéfice des services sociaux

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

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

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

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

Le Comité a précédemment jugé la situation conforme à la Charte (Conclusions 2013 et précédent). Le rapport prévoit qu'en vertu de la loi sur les services sociaux, l'administration a l'obligation de consulter l'utilisateur du service. Le service doit, dans la mesure du possible, être conçu en collaboration avec l'utilisateur du service, dont l'avis doit être fortement pondéré. En 2008, un comité de contact a été désigné pour assurer le contact entre l'administration et les représentants des personnes socialement et financièrement défavorisées. Le comité de contact est une plate-forme de dialogue et permet aux autorités d'avoir accès aux perceptions et aux expériences des utilisateurs de services en matière de pauvreté et d'exclusion sociale, qui peuvent être utilisées pour informer la politique sociale. Trois réunions par an sont organisées. Un soutien financier est accordé au Forum de coopération contre la pauvreté, qui est un réseau national d'organisations d'utilisateurs de services. Des subventions de fonctionnement sont également accordées aux organisations dirigées par des usagers qui s'efforcent d'améliorer la situation des personnes socialement et financièrement défavorisées. Un comité central d'utilisateurs de services est en place à la NAV, ainsi que des comités régionaux et locaux d'utilisateurs de services. Une stratégie de participation des usagers au sein de la NAV a été élaborée, qui traite de la participation au niveau du système et des services.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Norvège est conforme à l'article 14§2 de la Charte.

Article 23 - Droit des personnes âgées à une protection sociale

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

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

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

Le Comité a conclu, dans ses conclusions précédentes, que la situation de la Norvège n'était pas conforme à l'article 23 de la Charte au motif que le champ d'application du cadre législatif visant à lutter contre la discrimination fondée sur l'âge en dehors de l'emploi n'était pas suffisamment large (Conclusions 2013).

Autonomie, inclusion et citoyenneté active

Cadre législatif

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

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

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

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

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

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

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

Le Comité a précédemment conclu que la situation de la Norvège n'était pas conforme à l'article 23 de la Charte au motif qu'il n'y avait pas de cadre législatif approprié visant à lutter contre la discrimination fondée sur l'âge en dehors de l'emploi (Conclusions 2013). Aucune information n'a été communiquée sur ce point. Par conséquent, le Comité reconduit sa précédente conclusion.

Le Comité a également demandé des informations concernant la procédure légale d'assistance à la prise de décision mise en place pour les personnes âgées (Conclusions 2013). Aucune information n'est fournie à ce sujet. Le Comité demande une nouvelle fois que ces informations lui soient communiquées.

Le Comité rappelle qu'une procédure légale nationale d'assistance à la prise de décision pour les personnes âgées est nécessaire pour garantir à ces dernières le droit de pouvoir décider par elles-mêmes. Les personnes âgées ne doivent pas être présumées incapables de prendre une décision au seul motif qu'elles présentent un problème de santé ou un handicap particulier.

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

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

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

Prévention de la maltraitance des personnes âgées

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

Vie indépendante et soins de longue durée

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

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

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

Services et structures

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur l'éventail de services et structures mis à la disposition des personnes âgées, notamment les soins de longue durée, en particulier ceux qui leur permettent de demeurer des membres actifs au sein de leur collectivité et de rester chez elles, ainsi que des informations sur le coût de ces services. Il demande en outre si l'offre des services de soins est suffisante, s'agissant notamment des soins de longue durée, et s'il y a des listes d'attente pour accéder à ces services.

Il demande aussi que le prochain rapport contienne des informations sur le soutien mis à la disposition des aidants informels.

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

Logement

Le Comité rappelle que les personnes âgées ont droit à des primes à l'adaptation du logement, qui visent à leur permettre de rester chez elles plus longtemps lorsque leur état de santé commence à décliner. Ces primes peuvent être assorties d'un prêt (Conclusions 2013).

Le Comité demande que le prochain rapport donne des informations détaillées sur la manière dont les besoins des personnes âgées sont pris en compte dans les politiques et

stratégies nationales ou locales en matière de logement, ainsi que des informations sur l'offre de logements protégés/encadrés et l'éventail de possibilités de logement pour les personnes âgées.

Soins de santé

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

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

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

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

Soins en institution

Le Comité renvoie à sa déclaration ci-dessus concernant l'importance d'abandonner les soins en institution au profit des soins au sein de la collectivité.

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

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

Ressources suffisantes

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

Le Comité a précédemment conclu que la situation de la Norvège était conforme à l'article 23 de la Charte sur ce point, mais il a relevé, dans les données Eurostat, qu'en 2011, 0,9 % des personnes âgées de 65 ans et plus percevaient un revenu inférieur à 40 % du revenu équivalent médian (contre 0,5 % en 2010 et 0,6 % en 2007) et il a demandé au gouvernement quelles mesures étaient prises pour remédier à la situation de cette catégorie de personnes (Conclusions 2013).

Le Comité rappelle que normalement, toute personne résidant en Norvège, quelle que soit sa nationalité, a droit à une pension minimale de vieillesse/pension garantie à partir de 67 ans. L'admission au bénéfice d'une pension de vieillesse est subordonnée à une condition de résidence d'une durée de trois ans. Pour percevoir la pension minimale à taux plein/pension garantie, il faut avoir vécu au moins 40 ans en Norvège. La pension minimale est non contributive.

Un complément de retraite a été mis en place pour les personnes âgées de 67 ans et plus qui disposent de faibles revenus (titulaires d'une pension de vieillesse liée aux gains peu élevée, personnes ne percevant aucune pension de ce type, ou encore bénéficiaires d'une pension non contributive très modeste – faute de pouvoir justifier de 40 années de résidence dans le pays) (Conclusions 2013).

Le Comité relève dans la base de données MISSOC que la pension annuelle minimum pour une personne seule ayant résidé pendant au moins 40 ans en Norvège s'élevait à 194 192 NOK en 2010 (20 052 €).

Le seuil de pauvreté fixé à 50 % du revenu équivalent médian et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté établi par Eurostat était estimé à 1 630 € par mois en 2019 (19 560 € par an). Le Comité note que la pension minimale à taux plein/pension garantie est supérieure au seuil de pauvreté. Il demande toutefois que le prochain rapport contienne des informations à jour sur le revenu minimal garanti aux personnes âgées ainsi que des informations sur le pourcentage de personnes percevant un revenu inférieur à 40 % du revenu équivalent médian et sur les mesures prises pour remédier à la situation de cette catégorie de personnes.

Covid-19

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

D'après le rapport, depuis le début de la pandémie, la Direction norvégienne de la santé formule des recommandations, prend des décisions, apporte des conseils, fournit des ressources pédagogiques, etc., pour les services de soins et de santé. Des orientations générales en matière de lutte contre les infections, de planification des ressources et de gestion des difficultés ont été données aux collectivités locales afin de pourvoir aux besoins en matière de soins et de santé des personnes qui nécessitent un soutien et une aide en général ainsi qu'aux besoins des groupes vulnérables en particulier. Ces mesures visent notamment à satisfaire leurs besoins élémentaires et à les protéger contre les infections.

La Direction norvégienne de la santé a publié un guide sur la covid-19 à la mi-mars, immédiatement après l'instauration du confinement national. Bon nombre des recommandations concernent les règles de priorité à appliquer lorsque le taux d'infection devient critique. Il est clairement apparu que de nombreux patients des établissements de soins et de santé norvégiens présentaient un risque élevé de tomber gravement malade ou de mourir de la covid-19 et que des mesures étaient donc nécessaires pour protéger ces catégories de personnes. Toutes les visites ont donc été interdites dans l'ensemble des établissements de soins et de santé, publics ou privés. À noter également la publication de lignes directrices concernant les mesures à prendre pour limiter l'isolement social dans un contexte de restriction des visites.

La Direction norvégienne de la santé a ensuite modifié ses directives concernant les visites dans des établissements de soins et de santé. La recommandation relative à la limitation des visites a été révisée pour bien préciser que les résidents des établissements de soins et de santé municipaux étaient autorisés à recevoir des visiteurs et que toute mesure d'interdiction des visites devait être légalement fondée.

Deux programmes de subvention d'une valeur totale de 332 millions NOK ont été mis en place pour encourager une plus grande activité des personnes âgées vulnérables pendant la pandémie. Ces subventions sont gérées par le gouverneur du comté au nom de la Direction norvégienne de la santé.

Le Conseil consultatif national sur la vieillesse et la santé a publié sur son site web, à la demande de la Direction norvégienne de la santé, des informations sur la covid-19, en mettant l'accent sur le suivi des personnes âgées et des personnes atteintes de démence et sur les services à ces personnes. Ce site fournit aussi des informations sur les activités physiques dans la vie quotidienne.

Le guide de la Direction norvégienne de la santé sur la covid-19 comprend également des chapitres distincts traitant de différents sujets, entre autres :

- services d'aide à domicile : notamment des recommandations en matière de lutte contre les infections et de protection des personnes appartenant à des groupes vulnérables, atteints de la covid-19 ou pas, telles que les personnes souffrant de démence ou ayant une déficience intellectuelle, les personnes ayant besoin d'un auxiliaire de vie dont elles gèrent le travail, les utilisateurs de services ayant des besoins complexes ou les personnes ayant des responsabilités familiales très importantes. L'une de ces recommandations est que les autorités locales établissent un plan pour les bénéficiaires de services vivant à domicile et leur famille, dans les différentes phases de la pandémie ;
- services de médecine générale : notamment une recommandation sur la façon dont les médecins généralistes peuvent établir un ordre de priorité parmi les patients les plus vulnérables, au moyen d'une évaluation systématique des risques ;
- soins palliatifs pour les patients atteints de la covid-19 : la Direction norvégienne de la santé a chargé le Conseil consultatif national norvégien sur la vieillesse et la santé d'élaborer un plan pour l'apprentissage en ligne concernant les soins palliatifs apportés aux patients atteints de la covid-19.

Le Comité renvoie à sa Déclaration sur la covid-19 et les droits sociaux (mars 2021) (et aux sections citées ci-dessus). Il rappelle que l'article 23 exige que les personnes âgées et leurs organisations soient consultées à propos des politiques et mesures les concernant directement, notamment sur les mesures ad hoc prises dans le contexte de la crise actuelle. La planification de la reprise après la pandémie doit tenir compte des points de vue et des besoins spéciaux des personnes âgées et s'appuyer fermement sur les éléments de preuve recueillis et les expériences vécues pendant la pandémie.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Norvège n'est pas conforme à l'article 23 de la Charte au motif qu'il n'existe pas de législation interdisant la discrimination fondée sur l'âge en dehors de l'emploi.

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

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

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

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

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la situation de la Norvège était conforme à l'article 30 de la Charte (Conclusions 2013).

Mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale

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

D'après le rapport, l'indicateur général de pauvreté en Norvège correspond à un revenu qui, sur une période de trois ans, demeure inférieur à 60 % du revenu équivalent médian disponible annuel, calculé selon l'échelle d'équivalence de l'UE. Au cours de la période 2016-2018, 9,8 % de la population (environ 486 000 personnes, hors étudiants) percevait un revenu inférieur à 60 % du revenu médian et 11,3 % de tous les enfants (environ 111 000 enfants) vivaient au sein de familles dont les revenus étaient continuellement faibles. Le rapport précise qu'aucune personne ne vit en Norvège dans une situation d'extrême pauvreté.

Le Comité note que le rapport ne fournit pas toutes les données nécessaires sur la pauvreté ; il recourt donc aux données d'Eurostat.

Le Comité note que le taux de risque de pauvreté (le seuil de pauvreté étant fixé à 60 % du revenu équivalent médian après transferts sociaux) a légèrement augmenté, passant de 12,2 % en 2016 à 12,7 % en 2019. Il observe également que la différence entre les taux de risque de pauvreté des femmes et des hommes était très faible durant la période de référence (fluctuant entre environ 1,6 % et 3 %).

Le taux de risque de pauvreté des personnes au chômage (âgées de 16 à 64 ans) a considérablement augmenté, passant de 38,8 % en 2016 à 48,5 % en 2019. De plus, le taux de risque de pauvreté des personnes ayant un emploi (âgées de 16 à 64 ans) a aussi augmenté durant la période de référence, passant de 5,9 % en 2016 à 6,4 % en 2019.

Le taux de risque de pauvreté (le seuil de pauvreté étant fixé à 60 % du revenu équivalent médian après transferts sociaux) des personnes de plus de 65 ans a baissé, passant de 9,1 % en 2016 à 8,1 % en 2019 (contre 9,8 % en 2014 et 11,3 % en 2011).

Concernant l'indicateur des personnes en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (AROP), qui, selon la méthodologie Eurostat, correspond au nombre de personnes qui (1) sont menacées par la pauvreté et/ou (2) vivent dans le dénuement matériel et/ou (3) vivent dans des ménages à très faible intensité de travail, le Comité observe que 15,3 % de la population était exposée au risque de pauvreté ou d'exclusion sociale en 2016, 16 % en 2017, 16,2 % en 2018 et 16,1 % en 2019.

S'agissant des enfants (âgés de moins de 16 ans), le risque de pauvreté ou d'exclusion sociale a augmenté pendant la période de référence, passant de 14,4 % en 2016 à 16 % en 2019 (contre 11,5 % en 2012).

Le Comité note que tous les indicateurs de mesure de la pauvreté et des inégalités de revenus sont très bas. De plus, aucune personne ne vit dans l'extrême pauvreté.

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

Le Comité relève dans le rapport que le gouvernement continue de poursuivre divers objectifs dans le cadre de son approche visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Parmi ces objectifs figurent, entre autres, une participation large à la main d'œuvre, la résilience sociale et l'amélioration des conditions de vie des groupes vulnérables.

Dans la sphère de l'emploi, le gouvernement a lancé une initiative pour l'inclusion qui vise à augmenter l'emploi des personnes handicapées en investissant dans des mesures qui facilitent leur recrutement par les employeurs et en collaborant avec les acteurs concernés. De plus, en 2017, le gouvernement s'est davantage efforcé de cibler les personnes de moins de 30 ans. En effet, les jeunes de moins de 30 ans qui sont sans emploi, qui ne font pas partie d'un programme d'enseignement ou qui ne participent pas à d'autres activités significatives alors qu'ils sont inscrits auprès de l'Administration norvégienne du travail et de la protection sociale depuis huit semaines bénéficient d'un soutien à l'emploi sur mesure. Le rapport indique également que la stratégie d'intégration adoptée par le gouvernement pour la période 2019-2022 vise à permettre à davantage d'immigrés d'obtenir un emploi et de devenir des membres actifs de la société.

D'après le rapport, en mars 2019, le gouvernement a soumis un Livre blanc au parlement (*Storting*) intitulé : « Des possibilités offertes à tous – Redistribution et durabilité sociale » (rapport n° 13, 2018-2019). Ce document présente les efforts du gouvernement en vue de contribuer à la durabilité sociale et de lutter contre les inégalités et leurs conséquences.

En ce qui concerne les enfants et les adolescents vivant au sein de familles à faibles revenus, le rapport indique que la stratégie du gouvernement intitulé « Enfants vivant dans la pauvreté » pour la période 2015-2017 a été suivie d'une nouvelle stratégie de coopération qui s'intitule « Égalité des chances pour les enfants » et concerne la période 2020-2023 (hors période de référence). Cette nouvelle stratégie met l'accent sur l'importance d'accroître la participation des enfants et des adolescents issus de familles à faibles revenus, ainsi que leurs chances de se développer sur un pied d'égalité avec les autres enfants et adolescents, en vue de stimuler la mobilité sociale et de rompre le cycle de pauvreté et des bas revenus. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la mise en œuvre de cette stratégie.

De plus, le rapport indique que le régime national d'assurance chômage garantit la sécurité financière des personnes au chômage et de celles qui sont dans l'incapacité de travailler. L'objectif principal de ce régime est d'offrir à tous les citoyens une sécurité financière, de contribuer à réduire les inégalités de revenus et de conditions de vie tout au long de la vie d'une personne et entre les groupes de personnes, ainsi que de renforcer la capacité à

s'aider soi-même en vue de favoriser le plus possible l'indépendance financière et l'acquisition des compétences nécessaires à la vie de tous les jours.

En outre, le rapport indique que toute personne dont les revenus du travail, ses propres ressources privées ou les transferts sociaux ne sont pas suffisants pour couvrir les dépenses courantes a droit à la sécurité sociale. L'aide visant à répondre aux besoins de subsistance dépend des ressources. Les autorités locales procèdent à une évaluation de la situation globale de la personne, en tenant compte de tout revenu et toute possibilité de revenus, des dépenses courantes indispensables et des situations individuelles. Elles ont à la fois le droit et le devoir d'évaluer librement chaque situation individuelle. Le Comité prend note des informations fournies dans le rapport sur les voies de recours contre les décisions qui concernent les services sociaux municipaux et la réglementation de ces services par le gouvernement. Le Comité demande que des informations sur les résultats obtenus de cette évaluation en termes de chiffres dans le prochain rapport. Le Comité demande que les résultats de cette évaluation (en chiffres) soient fournis dans le prochain rapport.

Le Comité renvoie par ailleurs à ses conclusions de non-conformité relatives aux autres dispositions pertinentes de la Charte pour l'évaluation de la conformité à l'article 30 (cf. Conclusions 2013, Déclaration d'interprétation sur l'article 30). Il se réfère en particulier à l'article 13§1 et à sa conclusion que le niveau de l'assistance sociale est insuffisant (Conclusions 2021).

Compte tenu de l'ensemble des points susmentionnés, et en particulier des taux de pauvreté relativement bas, le Comité considère que la situation demeure conforme à l'article 30.

Contrôle et évaluation

Dans sa conclusion précédente, le Comité a examiné comment les particuliers et les associations bénévoles prenaient part à l'évaluation des mesures de lutte contre la pauvreté et a jugé la situation conforme sur ce point (Conclusions 2013).

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur le suivi et l'évaluation des mesures de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

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

Le rapport indique que les objectifs de la loi sur la sécurité sociale sont d'améliorer les conditions de vie des personnes défavorisées et de promouvoir la sécurité financière et sociale, la transition vers le travail, l'inclusion sociale et une existence active et satisfaisante au sein de la société. La loi garantit que les enfants et les adolescents vulnérables ainsi que leurs familles bénéficient de services uniformes et coordonnés.

Les services sociaux visent à soutenir les objectifs de la loi et servent de dernier filet de sécurité pour les individus faisant face à des situations difficiles, notamment au cours de la crise de la covid-19. Des prestations, sur condition de ressources, sont versées pour assurer un niveau de subsistance raisonnable. Les autorités locales ont à la fois le droit et le devoir d'évaluer librement chaque situation individuelle. Les informations, les orientations et les conseils fournis par les services doivent contribuer à régler ou à prévenir les problèmes sociaux et doivent également être adaptés aux besoins des individus. Les services locaux de l'Administration du travail et de la protection sociale attribuent des logements aux personnes défavorisées qui sont dans l'incapacité de défendre leurs propres intérêts sur le marché du logement. Les autorités locales ont également le devoir de trouver des logements temporaires à ceux qui sont dans l'incapacité de le faire eux-mêmes.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Norvège est conforme à l'article 30 de la Charte.