



mars 2022

CHARTE SOCIALE EUROPEENNE REVISEE

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2021

REPUBLIQUE SLOVAQUE

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 République slovaque, qui a ratifié la Charte sociale européenne révisée le 23 avril 2009. L'échéance pour remettre le 11^e rapport était fixée au 31 décembre 2020 et la République slovaque l'a présenté le 16 février 2021.

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

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

Les commentaires soumis individuellement par le Forum pour les droits de l'homme sur le 11^e rapport ont été enregistrés le 30 juin 2021. Les commentaires soumis conjointement par le Forum pour les droits de l'homme, la Fondation Validité, le Conseil consultatif du travail social et SOCIA – Fondation pour la réforme sociale sur le 11^e rapport ont été enregistrés le 1 juillet 2021. Les commentaires du Centre national slovaque pour les droits de l'homme sur le 11^e rapport ont été enregistrés le 9 juillet 2021. La réponse du Gouvernement à ces commentaires a été enregistrée le 10 août 2021.

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

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

La République slovaque a accepté toutes les dispositions de ce groupe, sauf l'article 13§4.

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

Les Conclusions relatives à la République slovaque concernent 15 situations et sont les suivantes :

– 2 conclusions de conformité : articles 14§1 et 30 ;

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

En ce qui concerne les 6 autres situations, régies par les articles 3§1, 3§3, 11§2, 12§2, 12§3 et 14§2, le Comité nécessite des informations supplémentaires pour être en mesure d'examiner la situation.

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

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

- droit à des conditions de travail équitables (article 2) ;
- droit à une rémunération équitable (article 4) ;
- droit syndical (article 5) ;
- droit de négociation collective (article 6) ;
- droit à l'information et à la consultation (article 21) ;
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travail et du milieu du travail (article 22) ;
- droit à la dignité au travail (article 26) ;
- droit des représentants des travailleurs à la protection dans l'entreprise et facilités à leur accorder (article 28) ;
- droit à l'information et à la consultation dans les procédures de licenciements collectifs (article 29).

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

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

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

Paragraphe 1 - Sécurité, santé et milieu du travail

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

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

Dans sa précédente conclusion, le Comité a estimé que la situation de la République slovaque n'était pas conforme à l'article 3§1 de la Charte aux motifs qu'il n'a pas été établi que :

- il existe une politique adéquate en matière de santé et de sécurité au travail ;
- la prévention des risques professionnels est organisée au niveau de l'entreprise, les risques liés au travail sont évalués et des mesures préventives adaptées à la nature des risques sont adoptées ;
- la politique nationale en matière de santé et de sécurité inclut la formation, l'information, l'assurance qualité et la recherche de manière satisfaisante (Conclusions 2017).

Le Comité limitera donc son examen aux réponses du gouvernement au constat de non-conformité et aux questions ciblées.

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

Objectif général de la politique

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

Le Comité a précédemment réitéré sa demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les activités menées en termes de recherche, de connaissance et de communication relatives aux risques psychosociaux (Conclusions 2017). Le Comité a également demandé que le prochain rapport fournisse des informations plus complètes sur le contenu, la mise en œuvre et les résultats de la stratégie nationale en matière de santé et de sécurité au travail, ainsi que sur la question de savoir si l'objectif de cette politique est de favoriser et de préserver une culture de prévention des risques professionnels. Il a ensuite demandé que le prochain rapport indique si les politiques et les stratégies sont périodiquement réexaminées et, si nécessaire, adaptées en fonction de l'évolution des risques.

En réponse aux questions adressées, le rapport mentionne le cadre réglementaire général des politiques de santé et de sécurité au travail (SST). Il remarque que le droit du travail fait référence à des dispositions spéciales qui régissent en détail les obligations des employeurs et des employés dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail. Il détaille ensuite les obligations fondamentales des employeurs en matière de conditions de travail et de protection de la santé et de la sécurité au travail des travailleurs.

En ce qui concerne les activités menées en termes de recherche, de connaissance et de communication relatives aux risques psychosociaux, le rapport souligne que, dans le cadre de la stratégie de la République slovaque en matière de SST, régulièrement révisée et mise à jour, et dans le but de réduire le stress sur le lieu de travail par des mesures préventives, les institutions compétentes de la République slovaque (principalement l'inspection nationale du travail, le ministère du travail, des affaires sociales et de la famille, le ministère de l'économie, le ministère des transports), ainsi que l'association slovaque pour la SST et la protection contre l'incendie et certaines universités sont tenues d'assurer la présentation des employés dans les médias de masse dans le but d'encourager les attitudes actives du grand public en matière de SST.

Le rapport explique en outre que, dans le but d'informer les experts et le grand public des résultats des travaux de recherche et de leur application dans la pratique en ce qui concerne les tendances les plus récentes en matière de sécurité et de santé au travail, le ministère du Travail, des Affaires sociales et de la Famille organise régulièrement des conférences et des séminaires spécialisés, publie régulièrement des bulletins d'information sur les derniers résultats des recherches liées à la sécurité et à la santé au travail, et crée et applique également des mécanismes de coopération entre les organes et institutions de contrôle dans le domaine de la science, de la recherche, de l'éducation, de la santé publique et d'autres domaines liés à la sécurité et à la santé au travail. Le rapport indique également qu'en collaboration avec le Conseil pour l'éducation et la recherche dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail, le ministère encourage la recherche ciblée sur les nouvelles technologies, sur les changements dans le monde du travail et sur les nouvelles combinaisons de facteurs de risque, tels que les changements démographiques et le vieillissement de la main-d'œuvre productive, ainsi que la santé mentale et le stress dans le contexte de la santé et de la sécurité au travail.

Le Comité note que la politique en matière de santé et de sécurité au travail est définie dans la stratégie de la République slovaque en matière de SST, qui est périodiquement révisée. Tout en notant que cette politique vise à favoriser et à préserver une culture de prévention en matière de santé et de sécurité au travail au niveau national, le Comité observe que le rapport ne fournit que des informations générales et aucune information spécifique détaillée sur les risques émergents ou relativement nouveaux pour la santé et la sécurité auxquels les travailleurs sont exposés dans des environnements de travail en constante évolution, notamment en ce qui concerne le stress lié au travail.

Le Comité demande donc à nouveau que le prochain rapport fournisse des informations plus complètes sur le contenu et la mise en œuvre de la politique nationale en matière de santé et de sécurité au travail en ce qui concerne les nouveaux risques spécifiques pour la santé et la sécurité, tels que ceux concernant les nouvelles formes de professions qui impliquent une exposition au risque supposée ou acceptée, ceux qui impliquent une attention intense du travailleur ou l'attente d'une performance élevée ou d'une augmentation du rendement ou de la productivité, et ceux liés à des situations nouvelles ou récurrentes de stress ou de traumatisme au travail. Le Comité souligne que dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la République slovaque est conforme à l'article 3§1 de la Charte sur ce point.

Organisation de la prévention des risques professionnels

Le Comité a précédemment conclu qu'il n'était pas établi que la prévention des risques professionnels est organisée au niveau de l'entreprise, que les risques liés au travail sont évalués et que des mesures de prévention adaptées à la nature des risques sont adoptées (Conclusions 2017). Par conséquent, le Comité a demandé que des informations soient fournies sur ce qui est fait au niveau de l'entreprise en termes d'évaluation initiale des risques spécifiques aux postes de travail et d'adoption de mesures préventives ciblées dans la pratique, en particulier dans les petites et moyennes entreprises. Le rapport ne contient pas d'informations sur ce point. Par conséquent, le Comité réitère sa demande et souligne

que dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la République slovaque est conforme à l'article 3§1 de la Charte sur ce point.

Le rapport indique qu'en vertu de l'article 7 de la loi n° 124/2006, l'employeur a l'obligation d'informer et de former ses employés en matière de SST. L'employeur a trois possibilités pour réaliser la formation de ses employés : par lui-même, par un entrepreneur et par ses propres employés. Dans les deux premiers cas, le formateur doit être une personne physique ou morale autorisée à le faire par l'Inspection nationale du travail. Dans le cas où le formateur est un employé, il doit être élu par les syndicats, ou par les employés eux-mêmes, s'il n'y a pas de syndicats établis dans l'entreprise. L'employeur doit réglementer dans le règlement interne la méthode de réalisation de la formation en matière de santé et de sécurité, ainsi que les exigences en matière de compétence professionnelle des employés réalisant la formation. En outre, la directive interne doit préciser la fréquence de la formation afin que celle-ci ait lieu au moins tous les deux ans.

Le rapport détaille en outre le contenu de la formation des employés qui devrait être dispensée dans les entreprises : sur les réglementations visant à assurer la sécurité et la santé au travail ; sur les dangers et menaces existants et prévisibles et la protection contre ceux-ci ; sur l'interdiction de pénétrer dans les locaux, d'y séjourner et d'y exercer des activités susceptibles de mettre directement en danger la vie ou la santé du salarié ; sur les emplois et lieux de travail interdits aux femmes enceintes, aux mères jusqu'au neuvième mois après l'accouchement et aux femmes allaitantes qui sont associés à un risque spécifique pour ces femmes ou qui sont interdits aux travailleurs mineurs de moins de 18 ans ; sur les risques et dangers qui peuvent survenir au travail et en relation avec celui-ci et sur les résultats de l'évaluation des risques ; sur les mesures de prévention et les mesures de protection prises par l'employeur pour assurer la sécurité et la santé au travail ; sur les mesures et procédures en cas d'atteinte à la santé, y compris l'administration des premiers soins, ainsi que sur les mesures et procédures en cas d'incendie, de sauvetage et d'évacuation ; sur les mesures de prévention et les mesures de protection proposées et ordonnées par l'inspection du travail compétente ; sur les accidents du travail, les maladies professionnelles et les autres atteintes à la santé au travail qui se sont produits, y compris les résultats de l'enquête sur les causes de leur survenance et sur les mesures prises et appliquées.

Amélioration de la sécurité et de la santé au travail

Le Comité a précédemment conclu que la situation n'était pas conforme à la Charte au motif qu'il n'était pas établi que la politique de santé et de sécurité au travail inclut la formation, l'information, l'assurance qualité et la recherche de manière satisfaisante (Conclusions 2017). Le Comité a donc demandé à nouveau si les autorités publiques sont impliquées dans la recherche (connaissances scientifiques et techniques) sur la santé et la sécurité au travail, et dans des activités (analyse des risques sectoriels, élaboration de normes, émission de lignes directrices, publications, séminaires, formation) ; si les autorités publiques sont impliquées dans la formation (professionnels qualifiés), dans la conception de modules de formation, de formations (comment travailler, comment minimiser les risques pour soi ou pour les autres) et de systèmes de certification.

Le Comité note que le rapport détaille les obligations fondamentales des employeurs en matière de conditions de travail et de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs, ainsi que les activités de formation développées dans le domaine de la SST par le ministère du Travail, des Affaires sociales et de la Famille et d'autres autorités et institutions publiques telles que les universités et d'autres experts, ainsi que dans les postes de travail. Le Comité considère que la situation est conforme sur ce point.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Dans sa précédente conclusion le Comité a noté qu'il existe une véritable coopération entre les autorités et les partenaires sociaux, tant au niveau fédéral qu'au niveau des entreprises, et a considéré que la situation était conforme à la Charte (Conclusions 2017).

COVID-19

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

Le rapport ne répond pas à la question ciblée relative à la Covid-19.

Le Comité rappelle que, lors d'une pandémie, les États parties doivent prendre toutes les mesures possibles mentionnées ci-dessus dans les plus brefs délais, en utilisant au maximum les ressources financières, techniques et humaines disponibles, et par tous les moyens appropriés, tant nationaux qu'internationaux, y compris l'assistance et la coopération internationales.

Le Comité rappelle en outre que les règles générales de sécurité relatives à la formation et à l'instruction des travailleurs et aux équipements de protection individuelle doivent encore être appliquées, compte tenu de l'évolution de la pandémie. Le Comité souligne que la fourniture rapide des équipements de protection individuelle nécessaires est particulièrement nécessaire dans le cas des travailleurs de première ligne.

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

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

Conclusion

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

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

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

Le Comité rappelle 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, le cas échéant.

Le Comité note qu'il a précédemment jugé la situation non conforme à la Charte aux motifs qu'il n'était pas établi qu'il existe une législation couvrant spécifiquement les principaux risques professionnels, que les niveaux de prévention et de protection requis par la législation et la réglementation pour la mise en place, l'aménagement et l'entretien des lieux de travail soient conformes aux niveaux fixés par les normes de référence internationales, que les niveaux de protection contre l'amiante et les radiations ionisantes soient suffisants, que les travailleurs indépendants et les employés de maison soient protégés par la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail et que la consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs soit assurée (Conclusions 2017). Par conséquent, l'appréciation du Comité portera sur les informations fournies par le gouvernement en réponse au constat de non-conformité et à la question ciblée.

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé si la législation et la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail couvraient la majorité des risques énumérés dans l'Introduction générale aux Conclusions XIV-2 (1998) et si cette couverture était spécifique en ce sens que la réglementation définissait des prescriptions suffisamment précises pour permettre leur application effective et efficace (Conclusions 2017).

Le rapport indique, en réponse, que la question de la santé et de la sécurité au travail est régie par la Constitution, le code du travail, la loi n° 124/2006 relative à la santé et à la sécurité au travail, la loi n° 125/2006 relative aux inspections du travail, la loi n° 51/1988 relative aux activités minières et connexes, la loi n° 392/2006 sur les prescriptions minimales de santé et de sécurité en matière d'équipements de protection individuelle, et d'autres textes. Au nombre des priorités de la stratégie en matière de santé et de sécurité au travail figurent la réduction du stress sur le lieu de travail et les mesures de prévention y afférentes. S'agissant des risques au travail, le gouvernement précise qu'il appartient à l'employeur de les identifier, de les évaluer et d'en faire rapport. Il ajoute que la législation régissant la santé et la sécurité au travail est conforme aux exigences prescrites par les règlements de l'UE, ainsi qu'aux prescriptions des conventions de l'OIT, y compris la Convention n° 187 sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail.

Dans sa question ciblée relative à l'article 3§2, le Comité a demandé des informations sur les mesures réglementaires adoptées pour améliorer la sécurité et l'hygiène professionnelles en lien avec les situations changeantes ou nouvelles, comme dans l'économie numérique et des plateformes, par exemple par la stricte limitation et la réglementation du suivi électronique des travailleurs, la reconnaissance du droit à la déconnexion et du droit à être indisponible en dehors des heures de travail et d'astreinte convenues, ou encore la déconnexion numérique obligatoire du milieu de travail lors des périodes de repos. Il a également demandé des informations sur les dispositions réglementaires prises pour faire face aux risques professionnels nouvellement reconnus.

Le rapport ne donne cependant aucune information sur ces différents points. Le Comité souligne que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le

prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la République slovaque soit conforme à l'article 3§2 de la Charte sur ce point.

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

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

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

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

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

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré qu'en l'absence d'informations dans le rapport du gouvernement, il n'était pas établi que les niveaux de protection requis par la législation et la réglementation pour la mise en place, l'aménagement et l'entretien des lieux de travail soient conformes aux niveaux fixés par les normes de référence internationales, et a demandé des informations complètes et détaillées sur la législation et la réglementation, notamment sur toute modification qui leur aurait été apportée pendant la période de référence concernant ces questions en particulier (Conclusions 2017).

Selon le rapport, l'employeur est tenu de prendre des mesures pour garantir la santé et la sécurité au travail, améliorer les conditions de travail, identifier les risques et les menaces, procéder à l'entretien et aux réparations nécessaires, veiller à ce qu'aucun facteur chimique, physique, biologique, psychologique ou social ne mette en danger la sécurité et la santé des salariés, éliminer tous risques et menaces, et optimiser l'organisation du travail dans les zones où des substances dangereuses sont utilisées et stockées, de manière à écarter tout facteur susceptible de mettre en danger la vie et la santé des personnes, et à limiter les effets des incidents qui pourraient survenir. En cas de présence de substances ou poussières inflammables sur le lieu de travail, l'employeur doit veiller à ce que les zones à risque fassent l'objet d'un classement spécifique pour ce qui concerne la réalisation d'installations électriques, les voies d'évacuation, la détection et l'extinction des incendies et la ventilation des espaces clos. Si les salariés sont exposés à des températures élevées,

l'employeur peut prendre des mesures pour éviter que la lumière directe du soleil ne traverse les fenêtres, installer un système de climatisation ou autres dispositifs, et adapter les horaires de travail. Les exigences en matière d'éclairage sont fixées par le décret n° 541/2007 du ministère de la Santé. Dans certains cas, des prescriptions particulières sont prévues pour la construction des sols et des plafonds. Il est par ailleurs obligatoire, dans certains lieux de travail, de prévoir des vestiaires, un local pour les premiers soins, une salle d'eau, une pièce réservée à l'entretien des équipements de protection individuelle, un local destiné aux salariés handicapés, ainsi que des lieux de travail en extérieur ; l'employeur doit par ailleurs veiller à fournir de l'eau potable à ses salariés (loi n° 124/2006 relative à la protection de la santé et de la sécurité au travail).

Le Comité prend note de ces informations et demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la législation qui fixe les règles relatives à la mise en place, à la modification et à l'entretien des postes de travail.

Protection contre les substances et agents dangereux

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé des informations sur les dispositions spécifiques assurant la protection contre les risques d'exposition au benzène. S'agissant de l'amiante, le Comité s'est enquis des mesures adoptées pour transposer la valeur limite d'exposition de 0,1 fibre/cm³ introduite par la directive 2009/148/CE. Concernant les radiations ionisantes, il a sollicité des informations complètes et détaillées sur les modifications qui auraient été apportées à la législation et à la réglementation pendant la période de référence, et a demandé s'il était prévu de réviser le règlement n° 345/2006 relatif aux critères élémentaires de sécurité pour la protection de la santé des travailleurs et du grand public contre les effets des rayonnements ionisants à la lumière de l'expérience acquise. Le Comité a noté que les critères et la détermination des limites d'exposition étaient établis par le ministère de l'Économie et invité le gouvernement à commenter cette observation. Il a également demandé si les travailleurs bénéficiaient d'une protection d'un niveau au moins équivalent à celui fixé par les Recommandations de la Commission internationale de protection contre les radiations (CIPR, publication n° 103, 2007) (Conclusions 2017).

Le rapport indique, en réponse, que le benzène fait partie des substances chimiques considérées comme dangereuses, dont la vente et l'utilisation sont prohibées. Conformément au décret n° 67/2002 du ministère de l'Économie relatif à la publication de la liste de certaines substances et préparations chimiques et à la loi n° 355/2007, l'employeur est tenu d'éliminer les risques liés au benzène et de le remplacer par des substances moins dangereuses.

Pour ce qui est de l'amiante, le rapport précise qu'aux termes de la loi n° 355/2007, le désamiantage des ouvrages bâtis ne peut se faire que sur autorisation délivrée par l'Agence de santé publique ou en vertu d'un document provenant d'un autre État membre. L'employeur dont les salariés participent à des travaux au cours desquels ils pourraient être exposés à l'amiante est tenu de prendre des mesures pour éliminer ou à tout le moins réduire leur temps d'exposition. Conformément à l'arrêté ministériel n° 253/2006 portant sur la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante dans le cadre de leur activité professionnelle, la valeur limite d'exposition est fixée à 0,1 fibre/cm³ sur une période de travail de huit heures.

La réglementation des radiations ionisantes relève de la nouvelle loi n° 87/2018 relative à la protection contre les radiations, qui a modifié le règlement n° 345/2006. Ce texte régit la protection des travailleurs contre l'exposition aux radiations tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des bâtiments. Il dispose qu'il incombe à l'employeur de mettre en place des mesures de protection contre les radiations, et précise ses obligations en matière notamment de classification des sources de radiation et de contrôle de chaque poste de travail, conformément au droit de l'UE. Le rapport explique que, bien qu'établis par le ministère de

l'Économie, les critères doivent être examinés et entérinés par le Conseil économique et social avant d'être soumis au Gouvernement pour approbation ; les partenaires sociaux peuvent accepter la proposition du ministère ou en rédiger une nouvelle, qui sera ensuite présentée au Conseil économique et social à sa session suivante. Le rapport assure également que la protection des travailleurs contre les radiations ionisantes est conforme aux normes de la Commission internationale de protection contre les radiations et à la législation européenne en la matière.

Le Comité note en outre que la République slovaque est membre de l'Union européenne et a transposé la directive du Conseil 2013/59/Euratom fixant les normes de base relatives à la protection sanitaire contre les dangers résultant de l'exposition aux rayonnements ionisants.

Champ d'application personnel des règlements

Le Comité a précédemment noté qu'il n'était pas établi que les travailleurs indépendants et les employés de maison soient protégés par la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail, et a demandé des informations complètes et détaillées sur la législation et la réglementation, notamment sur toute modification qui leur aurait été apportée pendant la période de référence concernant ces questions en particulier (Conclusions 2017).

Le rapport indique que la législation relative à la protection contre les radiations s'applique à toutes les catégories de travailleurs.

Le Comité note que la présente disposition concerne toutes les formes de protection offertes aux travailleurs par la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail, et non pas uniquement celle contre les radiations ionisantes, qui est la seule abordée dans le rapport.

En l'absence d'informations pertinentes sur les modalités concrètes de la protection dont bénéficient les travailleurs indépendants et les employés de maison au regard de la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail, le Comité renouvelle sa conclusion de non-conformité sur ce point.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Dans sa conclusion précédente, le Comité a noté qu'il avait précédemment demandé (Conclusions 2013) des informations sur la participation des organisations de travailleurs au Comité de coordination pour la sécurité et la santé au travail, notamment sur leur participation à la définition des risques couverts et des niveaux de prévention et de protection. Il a pris note de ce que les critères et la détermination des limites d'exposition étaient établis par le ministère de l'Économie et invité les autorités à commenter cette observation. Il a également demandé des informations complètes et détaillées sur la législation et la réglementation, notamment sur toute modification qui leur aurait été apportée pendant la période de référence concernant en particulier la consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs (Conclusions 2017).

Le rapport ne fournit pas les informations demandées, ni sur la participation des organisations de travailleurs au Comité de coordination pour la sécurité et la santé au travail, ni sur la législation en matière de consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs. Le Comité réitère par conséquent sa demande et renouvelle sa conclusion de non-conformité sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République slovaque n'est pas conforme à l'article 3§2 de la Charte aux motifs qu'il n'est pas établi que :

- les travailleurs indépendants et employés de maison soient protégés par la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail ;
- la consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs soit garantie.

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 République slovaque.

Le Comité note qu'aux fins du présent rapport, les États ont été invités à répondre aux questions ciblées spécifiques qui leur ont été posées pour cette disposition (questions incluses dans l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, par laquelle le Comité a demandé un rapport sur la mise en œuvre de la Charte en ce qui concerne les dispositions relevant du groupe thématique « Santé, sécurité sociale et protection sociale ») ainsi qu'aux conclusions antérieures de non-conformité ou aux décisions d'ajournement.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a jugé la situation de la République slovaque conforme à l'article 3§3 de la Charte.

Il limitera donc son analyse aux réponses apportées par le gouvernement aux questions ciblées.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le Comité a précédemment examiné la situation en ce qui concerne les accidents du travail et les maladies professionnelles et a réservé sa position à cet égard dans l'attente des informations demandées (Conclusions 2017) .

S'agissant des accidents du travail, le Comité a demandé, dans ses conclusions précédentes, des explications sur le taux d'incidence extrêmement faible des accidents du travail par rapport à la moyenne de l'UE-27, ainsi que des informations sur les obligations de les signaler et sur les mesures prises pour remédier à une éventuelle sous-déclaration dans la pratique. Le Comité a également demandé des données pour chaque année de la période de référence ainsi que des données sans restriction territoriale ou sectorielle et non soumises à la limite de 20 salariés. 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 relatives à la prévalence des décès, des blessures et de l'invalidité liés au travail, y compris en ce qui concerne le suicide ou d'autres formes d'automutilation, le syndrome de stress post-traumatique, l'épuisement professionnel et les troubles liés à la consommation d'alcool ou d'autres substances, ainsi que sur les études épidémiologiques menées pour évaluer l'impact à long terme des nouveaux emplois à haut risque sur la santé (par exemple, les services de livraison à vélo, notamment les personnes employées ou dont le travail est géré par le biais d'une plateforme numérique, les acteurs du 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 boursières, qui génèrent un niveau de stress élevé, 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, le rapport indique que, selon les chiffres fournis par l'Inspection nationale du travail, le nombre d'accidents du travail mortels en 2019 était de 31, soit 8 de moins qu'en 2018 (39). En ce qui concerne les accidents du travail entraînant des blessures graves, 57 accidents de ce type ont été dénombrés en 2019, soit 19 de moins qu'en 2018 (76). Le nombre total d'accidents du travail était de 8,934 en 2019 et de 9,829 en 2018. Ces chiffres montrent une tendance à la baisse. Le rapport ne fournit pas d'informations sur les taux d'incidence normalisés des accidents mortels et non mortels. Le Comité demande que le prochain rapport contienne toutes les informations utiles à ce sujet.

Le Comité constate que les chiffres d'EUROSTAT confirment la tendance à la baisse concernant le nombre d'accidents du travail non mortels entraînant au moins quatre jours

civils d'absence (8,598 en 2018 et 8,164 en 2019) et le nombre d'accidents du travail mortels (38 en 2018 et 29 en 2019). Ces chiffres indiquent qu'en 2018, le taux d'incidence standardisé des accidents du travail mortels pour 100,000 travailleurs était de 2.57 et celui des accidents non mortels entraînant quatre jours civils d'absence était de 538. Le Comité note que le taux standardisé d'incidence des accidents mortels est légèrement supérieur au taux moyen de l'UE-27 (2.21 en 2018). Cependant, le taux d'incidence standardisé des accidents non mortels en République slovaque semble être extrêmement faible (538 en 2018) par rapport à la moyenne de l'UE-27 (1768.93 en 2018). Malgré la question soulevée par le Comité dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2017), concernant l'obligation de signaler les accidents du travail et les mesures prises pour remédier à une éventuelle sous-déclaration, le rapport ne fournit aucune explication à cet égard. Le Comité réitère sa question.

Selon le rapport, les accidents mortels professionnels les plus fréquents en 2019 se sont produits dans le secteur des transports (45,2 % du nombre total d'accidents mortels). La deuxième source la plus fréquente d'accidents mortels a été la manutention non professionnelle de charges et de matériaux, ainsi que les chutes d'objets, de produits ou de matériaux (16.1 % du nombre total). Les machines, les équipements et les animaux, ou autres, ont été la troisième source d'accidents la plus fréquente, soit 9.7 % du nombre total. Les sources les plus courantes d'accidents du travail enregistrés en 2019 étaient la manipulation non professionnelle de charges, de matériaux, ainsi que les chutes d'objets, de produits ou de matériaux et le contact avec des arêtes vives (2,651 cas, soit 29.7 % du nombre total). Le Comité demande des informations sur les mesures ciblées visant à prévenir les accidents du travail, adaptées aux secteurs et aux causes les plus fréquentes d'accidents, comme indiqué dans le rapport national. Il demande également que le prochain rapport contienne des informations détaillées et actualisées sur les causes des accidents mortels et sur les mesures spécifiques prises ou envisagées pour les prévenir ou en réduire le nombre.

En ce qui concerne l'obligation de signaler les accidents du travail et les mesures prises pour lutter contre le risque de sous-déclaration dans la pratique, le rapport explique que, conformément aux dispositions de la loi sur la sécurité et la protection de la santé au travail, l'employeur a l'obligation d'enregistrer l'accident du travail qui a entraîné l'incapacité de travail du salarié pendant plus de trois jours ou le décès du salarié. Les inspections du travail sont légalement tenues d'enquêter sur les accidents mortels et les accidents ayant entraîné des blessures graves. Leur analyse permet de recenser les domaines sur lesquels leurs services doivent porter une attention accrue et dans lesquels des mesures concrètes doivent être prises pour remédier aux lacunes relevées. Toutefois, le rapport ne fournit pas d'informations sur les mesures prises ou envisagées pour lutter contre une éventuelle sous-déclaration des accidents du travail. Par conséquent, le Comité réitère sa demande.

Le Comité avait également demandé, dans ses précédentes conclusions, que le prochain rapport fournisse des informations sur la définition légale des maladies professionnelles, sur le mécanisme de reconnaissance, d'examen et de révision de ces maladies (ou de leur liste), sur le taux d'incidence et le nombre des pathologies reconnues et déclarées pendant la période de référence (ventilée par secteur d'activité et par année), notamment les cas de décès dus à ces maladies, ainsi que sur les mesures prises et/ou envisagées pour lutter contre la sous-déclaration et la reconnaissance insuffisante des cas pathologiques, sur les maladies professionnelles les plus fréquentes pendant la période de référence et sur les mesures prises et envisagées aux fins de leur prévention (Conclusions 2017).

En réponse, le rapport indique qu'une maladie professionnelle est une maladie reconnue par l'établissement médical concerné, classée selon la liste des maladies professionnelles, si elle survient pour le salarié dans l'exercice de ses fonctions, ou en relation directe avec l'exercice de ses fonctions ou dans les conditions énoncées dans la liste jointe à la loi n° 355/2007 sur la protection, la promotion et le développement de la santé publique. Selon le rapport, 276 cas de maladies professionnelles et 3 suspicions de maladies professionnelles

ont été signalés en 2019. Les maladies professionnelles, qui sont dues à des lacunes en matière de sécurité ou d'organisation, ou encore à des causes techniques, sont examinées par l'autorité régionale de santé publique compétente au niveau local. Les maladies professionnelles les plus fréquemment signalées en 2019 étaient les maladies des os, des articulations, des tendons et des nerfs causées par une tension unilatérale excessive à long terme des membres supérieurs. Les maladies infectieuses et parasitaires autres que les maladies infectieuses tropicales et les maladies transmissibles de l'animal à l'homme venaient au second rang des maladies professionnelles les plus courantes.

Le rapport ne fournit pas d'informations sur le taux d'incidence des maladies professionnelles signalées au cours de la période de référence, ni sur les mesures prises et/ou envisagées pour remédier à l'insuffisance de la déclaration et de la reconnaissance des cas de maladies professionnelles, ni sur les mesures de prévention prises ou envisagées. Le Comité réitère sa demande d'information à cet égard.

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

Activités de l'Inspection du travail

Le Comité a précédemment examiné (Conclusions 2017) la situation concernant les activités de l'Inspection du travail et, dans l'attente des informations demandées sur un certain nombre de questions soulevées dans les conclusions, a estimé, à la lumière du nombre de visites de contrôle et de la proportion de travailleurs couverts, que l'inspection du travail était efficace.

La question ciblée concernant les activités de l'Inspection du travail porte sur l'organisation de ses services et l'évolution des ressources qui leur sont allouées, y compris les ressources humaines, le nombre de visites de contrôle de la santé et de la sécurité au travail effectuées par ses services et la proportion de travailleurs et d'entreprises concernés par ces visites, le nombre d'infractions aux règlements de santé et de sécurité, ainsi que la nature et le type de sanctions infligées et la question de savoir si les inspecteurs sont habilités à contrôler tous les lieux de travail, notamment les locaux d'habitation, dans tous les secteurs de l'économie.

Le rapport n'apporte pas d'informations sur ce point. Le Comité réitère donc ses questions ciblées et considère que rien ne permettra d'établir que les activités de l'inspection du travail sont efficaces dans la pratique si les informations demandées ne figurent pas dans le prochain rapport.

D'après ILOSTAT, le nombre d'inspecteurs du travail était de 332 en 2017 et de 320 en 2018. Selon les mêmes données, les visites de contrôle effectuées par inspecteur étaient de 172 en 2017 et de 214 en 2018. Malgré la diminution du nombre d'inspecteurs du travail de 2017 à 2018, le nombre de visites d'inspection du travail augmente chaque année, soit 57,397 en 2017, 68,620 en 2018 et 71,635 en 2019. Cette tendance explique également la diminution du nombre moyen d'inspecteurs du travail pour 10,000 salariés entre 2017 (1.3) et 2018 (1.2).

Le Comité demande que le prochain rapport présente des informations détaillées et actualisées sur le nombre de lieux de travail pouvant être retenus pour un contrôle, sur le nombre total d'inspecteurs du travail employés par l'Inspection nationale du travail, sur le nombre de visites de contrôle effectuées sur les lieux de travail au cours de l'année, sur le nombre moyen d'inspecteurs du travail pour 10,000 salariés et sur le nombre annuel de visites de contrôle par inspecteur. Il demande également des informations sur les mesures administratives que les inspecteurs du travail sont habilités à prendre, et le nombre de mesures prises pour chaque type de mesures.

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

Conclusion

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

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

Paragraphe 4 - Services de santé au travail

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

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 1 - Elimination des causes d'une santé déficiente

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la République slovaque. Le Comité prend également note des commentaires soumis conjointement par le Forum pour les droits de l'homme, la Fondation Validité, le Conseil consultatif du travail social et SOCIA – Fondation pour la réforme sociale le 1er juillet 2021, des commentaires soumis individuellement par le Forum pour les droits de l'homme le 30 juin 2021, et par le Centre national slovaque pour les droits de l'homme le 12 juillet 2021, ainsi que des commentaires en réponse soumis par le gouvernement slovaque le 10 août 2021.

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

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2017), le Comité a conclu que la situation de la République slovaque n'était pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif qu'il n'était pas établi que des mesures suffisantes aient été prises pour réduire le nombre de décès prématurés. Par conséquent, l'appréciation du Comité ne portera que sur les informations fournies par le gouvernement en réponse au constat de non-conformité et aux questions ciblées.

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

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité relève dans les données Eurostat que l'espérance de vie à la naissance en République slovaque, hommes et femmes confondus, était de 77,8 ans en 2019 (contre 76,7 ans en 2015). Il note que ce chiffre a augmenté depuis la période de référence précédente. Cela dit, l'espérance de vie reste inférieure à celle d'autres pays européens. Ainsi, d'après les données Eurostat, l'espérance de vie à la naissance dans l'Union européenne à 27 était estimée à 81,3 ans en 2019.

Le rapport ne répond pas 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 Comité relève dans le rapport « République slovaque : profils de santé par pays 2019 » (OCDE, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et la Commission européenne) qu'il subsiste d'importantes disparités d'espérance de vie selon les sexes et les niveaux d'instruction. Les femmes vivent en général sept ans de plus que les hommes, tandis que l'espérance de vie à 30 ans des hommes les plus instruits est de 14 ans supérieure à celle des moins instruits (soit l'un des écarts les plus importants dans l'Union européenne).

Le Comité renouvelle sa demande de données statistiques globales et ventilées sur l'espérance de vie dans tout le pays et entre les différents groupes de population (population urbaine ; population rurale ; différents groupes ethniques et minorités ; personnes sans domicile fixe ou chômeurs « de longue durée », etc.) avec identification des situations anormales (par exemple, des zones particulières sur le territoire ; des professions ou des emplois spécifiques ; la proximité de mines ou de sites hautement contaminés ou de zones industrielles actives ou à l'arrêt, etc.) et sur la prévalence de certaines maladies (comme le

cancer) parmi les groupes concernés ou de maladies infectieuses transmissibles par le sang (par exemple, les nouveaux cas de VIH ou d'hépatite C parmi les toxicomanes ou les détenus, etc.).

Le Comité relève aussi dans les données Eurostat que le taux de mortalité infantile s'élevait à 5,1 pour 1 000 naissances vivantes en 2019 (5,1 en 2015, 5,4 en 2016, 4,5 en 2017 et 5 en 2018). Il note que la moyenne de l'Union européenne à 27 était de 3,4 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2019. Il demande des informations sur les mesures prises pour réduire la mortalité infantile.

Le comité observe dans les données de la Banque mondiale que le taux de mortalité maternelle a diminué, passant de 6 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015 et 2016 à 5 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2017 (à titre d'exemple, en 2017, la moyenne de l'Union européenne s'établissait à 6).

Le Comité relève aussi que, selon la même source, le taux de mortalité (nombre de décès pour 1 000 habitants) était de 9,8 en 2019 (contre 9,9 en 2015 et 10 en 2018).

Dans sa conclusion précédente, le Comité a pris note des évolutions inquiétantes concernant les taux de mortalité par maladies cardiovasculaires et par cancer (Conclusions 2017). Il a renouvelé sa demande d'informations sur les mesures prises pour lutter contre les maladies qui constituent les principales causes de décès prématuré (ce point ayant déjà été exprimé dans les Conclusions 2013). Il a conclu que la situation n'était pas conforme à la Charte au motif qu'il n'était pas établi que des mesures suffisantes aient été prises pour réduire le nombre de décès prématurés (Conclusions 2017).

Le rapport actuel indique que plusieurs programmes ont été adoptés dans le but de renforcer les mesures de prévention et d'atténuer le risque de décès prématuré, en particulier le Plan d'action national pour la prévention de l'obésité, le Programme de rééquilibrage des apports nutritifs, le Programme national de soutien au secteur de la santé et le Programme national de la santé mentale. Ces programmes s'attachent en priorité à agir sur les éléments qui jouent sur l'état de santé, à réduire les facteurs de risque et à sensibiliser le public. Le Cadre stratégique pour les soins de santé 2014-2030 fixe l'orientation des politiques de santé sur le moyen et le long terme. Les principaux objectifs de ces programmes restent l'amélioration de la santé de la population sur la durée, l'allongement de l'espérance de vie moyenne et l'amélioration de la qualité de vie, et ce grâce à l'éradication des maladies qui nuisent à cette qualité de vie et induisent des décès prématurés.

Le rapport indique que les programmes susmentionnés ont pour but d'améliorer la situation dans les domaines suivants : éducation de la population à un mode de vie sain et incitation à adopter un tel mode de vie, l'accent étant mis en particulier sur l'adoption d'une bonne alimentation et l'optimisation de l'activité physique ; actions visant à informer la population sur l'importance des consultations préventives régulières ; soutien au mode le plus courant de dépistage du cancer ; sensibilisation du public à une alimentation saine et équilibrée et à l'activité physique et sportive.

Le Comité relève dans le rapport « République slovaque : profils de santé par pays 2019 » (OCDE, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et la Commission européenne) que la République slovaque affiche des taux élevés de mortalité imputable à des causes qu'il est possible de prévenir ou de traiter, d'où, semble-t-il, un besoin urgent de diminuer le nombre de décès prématurés via des politiques de soins et de santé publique. Le même rapport indique que 1 % seulement des dépenses de santé est consacré à la prévention, contre 3 % en moyenne dans l'Union européenne. Selon les estimations, la moitié environ des décès survenus en République slovaque peut être imputée à des facteurs de risque liés au comportement, tels qu'une alimentation déséquilibrée, le tabagisme, la consommation d'alcool et le manque d'activité physique (IHME, 2018). Cette part est très supérieure à la moyenne de l'UE, qui est de 39 %.

Le Comité note que, selon les informations contenues dans les commentaires soumis par le Centre national slovaque pour les droits de l'homme, le nombre de décès dus à des maladies/affections évitables ou traitables pour 100 000 habitants en République slovaque est alarmant. Par exemple, le nombre de décès dus à des maladies/affections évitables chez les personnes âgées de moins de 75 ans pour 100 000 habitants en République slovaque est supérieur de 60 % à la moyenne de l'UE. Le même rapport indique que les maladies représentant les principales causes de décès sont restées similaires au fil des ans, à savoir les cardiopathies ischémiques chroniques et les maladies du système circulatoire, les néoplasmes malins des organes digestifs, les maladies vasculaires du cerveau, les autres maladies cardiaques et les infections aiguës des voies respiratoires supérieures. Le Comité note que le gouvernement n'a pas répondu aux commentaires ci-dessus soumis par le Centre national slovaque des droits de l'homme.

Le Comité prend note des initiatives et actions prises par la République slovaque pour améliorer la santé de la population et réduire les facteurs de risque énumérés dans le rapport. En attendant, puisque la situation ne s'est pas améliorée, le Comité considère qu'elle n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif que les mesures prises pour réduire le nombre de décès prématurés sont insuffisantes. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la mise en œuvre des actions concrètes prises pour réduire les facteurs de risque et sur leurs effets réels sur la réduction du nombre de décès prématurés, données statistiques à l'appui.

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).

Le rapport ne fournit pas d'informations répondant à la question ciblée susmentionnée. Le Comité réitère donc sa question. Il souligne que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la République slovaque soit conforme à l'article 11§1 de la Charte sur ce point.

Le Comité prend note des informations fournies par le Centre national slovaque des droits de l'homme, qui s'inquiète du fait que la planification de la parentalité, en particulier l'accès à une large gamme de contraceptifs et aux informations correspondantes, ainsi que l'accès au traitement de la stérilité, restent insatisfaisants. Le Centre indique également qu'aucune méthode contraceptive moderne n'est couverte par l'assurance maladie publique et que tous les types de contraceptifs hormonaux et non hormonaux sont entièrement à la charge des patients. Le Centre considère comme des obstacles à la parentalité planifiée les éléments suivants : le coût de la contraception hormonale (en 2019, le coût moyen variait de 10 Eur à 15 Eur par mois), les restrictions à la prescription telles que le consentement éclairé obligatoire d'un parent ou d'un tuteur légal pour les filles de moins de 18 ans et l'âge du patient lors de la prescription de la contraception hormonale (par exemple, les médecins refusent parfois de prescrire une contraception hormonale aux filles de moins de 16 ans). Le Comité note que le gouvernement n'a pas répondu aux commentaires ci-dessus soumis par le Centre national slovaque des droits de l'homme.

Le Comité demande des informations sur les mesures prises pour garantir l'accès des femmes et des filles à la contraception moderne, y compris dans les zones rurales. Le Comité demande en outre des précisions sur les conditions et exigences légales pour qu'un mineur ait accès à la contraception moderne et si le consentement éclairé du représentant légal est requis. Il demande également des informations sur la proportion du coût des contraceptifs qui n'est pas couverte par l'État (lorsque cette dépense n'est pas totalement remboursée par ce dernier).

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur l'accès à l'avortement. Le Comité demande également des informations sur les coûts de l'avortement et s'ils sont remboursés par l'État en totalité ou en partie.

Le Comité relève dans le rapport « République slovaque : profils de santé par pays 2019 » (OCDE, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et la Commission européenne) que certaines populations marginalisées (minorités ethniques et personnes vivant dans des zones défavorisées notamment) se heurtent à des obstacles considérables dans l'accès aux soins. En principe, les Roms jouissent de l'égalité d'accès aux services de santé, mais dans les faits, ils affichent une couverture vaccinale plus faible, utilisent moins les services de santé et présentent des taux de mortalité beaucoup plus élevés. De façon plus générale, dans certains districts du sud et de l'est du pays, la pauvreté est beaucoup plus importante que dans le reste du pays. Ces régions comportent un nombre important de communes dont la population jeune est pauvre et où l'on relève des niveaux élevés de pauvreté parmi les travailleurs. Ce même rapport indique que ce sont ces régions où la pénurie des personnels de santé est la plus marquée.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur toutes mesures prises pour améliorer l'accès des populations marginalisées à la santé, notamment les Roms et les habitants des régions les plus pauvres du pays, et pour remédier à la pénurie des personnels de santé ainsi qu'à leur répartition géographique inégale en général.

Le Comité a précédemment demandé des informations sur les règles applicables en matière de gestion des listes d'attente et des délais d'attente, ainsi que des données statistiques sur les délais d'attente moyens réels pour les soins hospitaliers et ambulatoires ainsi que pour les soins primaires, les soins spécialisés et les interventions chirurgicales (Conclusions 2017). Le rapport fournit des informations sur les listes d'attente pour certains types d'opérations médicales. Il indique que si l'état de santé du patient exige une intervention médicale immédiate, celle-ci sera réalisée, quelle que soit sa place dans la liste d'attente. Chaque prestataire d'assurance maladie dispose de ses propres listes d'attente pour les opérations concernées. De ce fait, le pourcentage des patients inscrits sur ces listes varie selon les prestataires. Par exemple, la société d'assurance maladie Dôvera indique que moins de 0,77 % des personnes assurées sont en fait mises sur liste d'attente. Le temps d'attente moyen des patients inscrits sur la liste est de 110 jours.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a également demandé des informations sur la part des dépenses restant à la charge des patients dans les dépenses de santé totales et sur les mesures prises pour les réduire. Il a aussi demandé des informations sur la part des dépenses restant à la charge des patients imputable aux paiements informels et sur la fréquence de ces paiements, et si les paiements informels sont une pratique courante en République slovaque (Conclusions 2017). Il souligne que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la République slovaque soit conforme à l'article 11§1 de la Charte sur ce point.

Le Comité note que le Centre national slovaque des droits de l'homme souligne dans ses commentaires le manque d'investissements dans les soins de santé et indique que, selon l'OCDE, la République slovaque dépense beaucoup moins pour la santé que la moyenne de l'UE, tant en termes absolus (1 600 euros par personne en 2017) qu'en part du PIB (6,7 %). Le Centre national slovaque des droits de l'homme indique que la situation est particulièrement préoccupante en raison du fait, que la République slovaque diminue régulièrement ses investissements dans les soins de santé depuis 2016 (en part du PIB). Il demande que des données actualisées sur les dépenses de santé en part du PIB soient fournies dans le prochain rapport.

Le Centre national des droits de l'homme s'inquiète également du faible nombre de personnel médical, notamment d'infirmiers, et de sa répartition géographique. Si la densité de médecins est très élevée dans la région de la capitale, elle est beaucoup plus faible dans

la plupart des autres régions. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des données statistiques sur le nombre de médecins et d'infirmières et sur la répartition géographique des services de soins de santé dans le pays.

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

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

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

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

Le Comité note que le Centre national slovaque pour les droits de l'homme indique qu'il existe deux régimes juridiques régissant le consentement éclairé à l'avortement obtenu auprès des jeunes filles de moins de 18 ans. Il indique que si la loi sur les soins de santé exige que les parents, respectivement les tuteurs légaux, donnent leur consentement éclairé à l'avortement pratiqué sur une femme de moins de 18 ans, la loi sur l'avortement est moins stricte et, pour les filles âgées de plus de 16 ans mais de moins de 18 ans, exige seulement que l'établissement de santé informe les parents, respectivement les tuteurs légaux.

Le Comité invite le gouvernement à commenter ce qui précède et à fournir des précisions sur le cadre juridique applicable au consentement éclairé à l'avortement dans le cas des mineures.

Covid-19

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

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

Le rapport ne fournit pas d'informations en réponse à la question ciblée ci-dessus. Le Comité réitère donc sa demande.

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

Le Comité conclut que la situation de la République slovaque n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif que des mesures insuffisantes ont été prises pour réduire le nombre de décès prématurés.

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 République slovaque.

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

Éducation et sensibilisation de la population

Dans ses questions ciblées, le Comité a demandé des informations sur l'éducation 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 fait état de l'adoption de plusieurs stratégies – Plan d'action national de prévention de l'obésité, Programme national d'appui au secteur de la santé, Programme national de santé mentale – visant à favoriser la protection de la santé de la population et à sensibiliser le public. Selon le rapport, ces documents se fondent sur la politique de santé pour tous de l'Organisation mondiale de la santé énoncée dans le document « Santé 2020 : un cadre politique européen à l'appui des actions gouvernementales et sociétales en faveur de la santé et du bien-être ».

L'orientation des politiques de santé en Slovaquie, approuvée par le gouvernement, est par ailleurs déterminée par le Cadre stratégique en matière de soins de santé pour la période 2014-2030. Le Comité prend note des mesures et initiatives mentionnées dans le rapport qui ont été prises pour améliorer les habitudes alimentaires de tous les groupes d'âge et pour créer des infrastructures physiques et des équipements socio-culturels dont l'objectif est d'inciter la population à pratiquer plus d'activités physiques.

Le Comité a précédemment noté que de nouvelles thématiques ayant trait à un mode de vie sain, à la protection de la santé, à l'activité physique et à la promotion de la santé avaient été introduites dans les programmes scolaires. Des séances d'information étaient en outre organisées pour sensibiliser aux méfaits du tabagisme et de la consommation de drogues.

Le rapport indique que le programme national de l'enseignement primaire (1^{er} cycle) définit les objectifs généraux de l'école quant aux compétences clés pour le développement équilibré des élèves. À ce niveau de scolarisation, l'éducation au passage des relations informelles à la responsabilité parentale vise à favoriser l'acquisition de connaissances élémentaires et d'attitudes responsables dans ce domaine, conformément aux connaissances scientifiques et aux normes éthiques en application. Le contenu de la formation est axé sur les thèmes suivants : l'éducation familiale ; les principes de base d'une vie saine ; les effets néfastes de la consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues sur la santé et le comportement ; l'égalité entre femmes et hommes ; l'origine et le développement de la personnalité humaine ; les changements du corps de l'enfant à la puberté.

Dans ses questions ciblées, le Comité a également demandé, des informations sur la sensibilisation et l'éducation en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre (OSIG) et de violence fondée sur le genre. Le rapport ne contient pas les informations demandées. Par conséquent, le Comité réitère sa demande. Il souligne que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la République slovaque soit conforme à l'article 11§2 de la Charte sur ce point.

Consultations et dépistage des maladies

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la situation de la République slovaque était conforme à l'article 11§2 pour ce qui concerne les services de consultations et de dépistage disponibles pour les femmes enceintes et les enfants (Conclusions 2017). Il a également demandé des informations étayées d'exemples concrets confirmant que le dépistage des maladies responsables des taux élevés de mortalité prématurée dans le pays était organisé gratuitement et de façon systématique. Le Comité réitère sa question.

Conclusion

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

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 3 - Prévention des maladies et accidents

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la République slovaque. Il prend également note des commentaires soumis conjointement par une coalition d'ONG (Forum for Human Rights, Validity Foundation, Social Work Advisory Board et SOCIA-Social Reform Foundation) et des commentaires soumis individuellement par l'ONG Forum for Human Rights et par le Centre national slovaque des droits de l'homme, ainsi que du mémoire en réponse du gouvernement slovaque.

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

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

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a conclu que la situation de la République slovaque n'était pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif qu'il n'était pas établi que des mesures appropriées aient été prises pour assurer un environnement sain (Conclusions 2017).

Services de santé dans les lieux de détention

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

Le Comité constate que les informations requises ne sont pas fournies. Le Comité réitère par conséquent sa demande et considère que dans l'hypothèse où ces renseignements ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la République slovaque soit conforme à l'article 11§3 de la Charte.

Services de soins 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.

D'après les commentaires soumis par la coalition d'ONG (Forum for Human Rights et autres), le Comité note que le dispositif slovaque repose dans une grande mesure sur la prise en charge institutionnelle des personnes handicapées (y compris en hôpital psychiatrique) et que le processus de désinstitutionalisation reste lent, souvent en raison de l'opposition des pouvoirs locaux et régionaux. Si l'on compare avec les services de proximité, on constate que la prise en charge institutionnelle reçoit davantage de financements, qu'il n'y a pas de moratoire sur les nouvelles admissions en institution et que les services de proximité, comme l'assistance personnelle, ne sont guère développés. Le Comité note en outre de la même source que la République slovaque ne dispose pas de services d'accompagnement suffisants pour aider les personnes ayant un handicap intellectuel ou psychosocial qui vivent dans une structure d'hébergement et se plaignent de mauvais traitements et assurer leur accès à la justice et leur réadaptation.

En réponse, le gouvernement slovaque expose les grandes lignes de la nouvelle Stratégie nationale de désinstitutionalisation du système des services sociaux et de prise en charge alternative qui a été adoptée le 28 avril 2021, hors période de référence.

Le Comité se réfère aux dernières observations finales du Comité des droits des personnes handicapées (CRPD, 2016), qui constate avec une profonde préoccupation que le nombre de personnes handicapées, en particulier de femmes handicapées, placées en institution est élevé, que le processus de désinstitutionalisation est partial et trop lent, que le gouvernement continue d'allouer des crédits budgétaires aux institutions et que les personnes handicapées ne bénéficient pas de services de soutien suffisants pour pouvoir vivre de manière autonome dans leurs communautés.

Le Comité constate que les informations demandées ne sont pas fournies. Il réitère par conséquent sa question et considère que dans l'hypothèse où les informations requises ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la République slovaque soit conforme à l'article 11§3 de la Charte.

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

Le Comité note que l'article 15§3 de la Charte ouvre normalement la possibilité d'examiner le processus de désinstitutionalisation des personnes handicapées. La République slovaque n'ayant pas ratifié cette disposition, la situation en la matière doit être appréciée sous l'angle de l'article 11§3.

En conséquence, le Comité demande les informations suivantes :

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

matière de logement, et l'accès aux services généraux, notamment l'emploi et l'éducation ;

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

Prévention de la toxicomanie et réduction des risques

Dans une question ciblée, le Comité a demandé des informations sur les décès liés à la drogue et sur la transmission de maladies infectieuses entre usagers de substances psychoactives, notamment par injection, aussi bien dans les lieux de détention qu'en milieu ouvert. Le Comité a également demandé un aperçu de la politique nationale destinée à répondre à la consommation de substances et aux troubles associés (dissuasion, éducation et approches de réduction des risques fondées sur la santé publique, dont l'usage ou la possibilité d'obtenir des médicaments figurant sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS pour les 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 Comité constate que les informations requises ne sont pas fournies. Le Comité réitère par conséquent sa demande et considère que dans l'hypothèse où ces renseignements ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la République slovaque soit conforme à l'article 11§3 de la Charte.

Environnement sain

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a en outre demandé des informations à jour sur les principales lois et mesures adoptées dans le domaine de la protection de l'environnement (protection de la qualité de l'air et de la salubrité de l'eau, limitation de l'exposition au bruit, ainsi que dans les domaines des rayonnements ionisants, de l'amiante et de la sécurité alimentaire) (Conclusions 2017). Il a aussi demandé à recevoir des informations sur les niveaux de pollution atmosphérique et d'exposition à l'amiante et les cas

de pollution de l'eau et d'intoxication alimentaire enregistrés durant la période de référence. Le Comité a conclu que la situation n'était pas conforme à la Charte au motif qu'il n'était pas établi que des mesures appropriées aient été prises pour assurer un environnement sain.

Le rapport donne un aperçu des textes législatifs et réglementaires applicables dans le domaine de la protection de l'environnement, dont la plupart sont antérieurs à la période de référence.

Le Comité se réfère au rapport établi pour la République slovaque dans le cadre de l'examen de la mise en œuvre de la politique environnementale 2019, qui met en exergue une série de problèmes en matière d'environnement : la performance médiocre en matière de gestion des déchets (faibles taux de recyclage et forte dépendance à l'égard de la mise en décharge) ; le niveau élevé des émissions dues aux combustibles solides dans le secteur résidentiel et dans les secteurs de l'agriculture, des transports et de l'industrie ; les insuffisances du réseau de surveillance de la qualité de l'air et l'absence de données solides sur la pollution ; la politique inadéquate de gestion de l'eau.

Notant que les informations requises n'ont pas été fournies, le Comité demande qu'elles figurent dans le prochain rapport. Entretemps, il conclut que la situation n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que les mesures adéquates ont été prises pour surmonter la pollution de l'environnement .

Dans ses commentaires, l'ONG Forum for Human Rights apporte des éléments indiquant que beaucoup de zones d'habitat et campements roms n'ont pas accès aux services publics essentiels tels que les services publics d'approvisionnement en eau potable et assainissement (de sorte que les eaux usées sont souvent rejetées sur les terrains environnants) ou le service de ramassage des ordures. Des communautés roms vivent souvent à proximité de décharges informelles, voire sur le site même de la décharge, ou aux abords de grandes décharges officielles. Le manque d'eau et d'assainissement a à son tour de graves conséquences sanitaires, comme par exemple des taux plus élevés d'hépatite B.

En réponse, le gouvernement slovaque fournit un aperçu des politiques menées dans le domaine du logement social, ainsi qu'une liste de projets visant à améliorer les conditions de logement dans les communautés roms marginalisées (amélioration de l'accès à l'eau par exemple) qu'il est prévu de mettre en œuvre à l'avenir.

Le Comité indique que les questions relatives au droit à un logement d'un niveau suffisant sont normalement examinées sous l'angle de l'article 31§1 de la Charte révisée. Néanmoins, le Comité a précédemment considéré que lorsque la disponibilité de l'eau potable reste un problème majeur pour une part importante de la population, la situation est contraire à l'article 11§3 de la Charte (Conclusions 2013, Géorgie). Il note par ailleurs que la République slovaque n'a pas ratifié l'article 31§1 de la Charte révisée. Il s'ensuit que les questions soulevées dans les commentaires reçus par le Comité doivent être examinées sous l'angle de l'article 11§3 de la Charte.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations détaillées sur les mesures prises pour améliorer l'accès à l'eau, à l'assainissement et au ramassage des ordures dans les communautés roms.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé des informations concernant les évolutions en matière de vaccination et de surveillance épidémiologique, y compris des données statistiques sur les taux de couverture vaccinale (Conclusions 2017). Il a souligné que si ces informations n'étaient pas fournies dans le rapport suivant, rien ne permettrait d'établir que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Le rapport donne la liste des vaccins obligatoires et recommandés inclus dans le Programme national de vaccination.

Se référant au profil de santé par pays 2019 établi pour la République slovaque dans le cadre du cycle sur l'état de la santé dans l'Union Européenne, le Comité note que les taux de couverture vaccinale des enfants restent supérieurs à l'objectif de 95 % fixé par l'OMS, malgré l'influence grandissante des mouvements anti-vaccins dans le pays. Cependant, la couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes de plus de 65 ans est très faible : 13 % seulement des membres de ce groupe d'âge étaient vaccinés en 2016, ce qui est bien inférieur à la moyenne de l'Union Européenne (43 %) et à l'objectif de l'OMS de 75 %. Les taux de vaccination de groupes de population spécifiques, tels que les Roms, sont inférieurs à ceux de la population générale.

Constatant que le rapport n'aborde pas tous les points soulevés dans sa demande, notamment en ce qui concerne les évolutions en matière de vaccination et de surveillance épidémiologique durant la période de référence (y compris des données statistiques sur le taux de couverture vaccinale), le Comité réitère sa demande d'informations. Entretemps, il conclut que la situation n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi qu'il y a des programmes efficaces de vaccination et de surveillance épidémiologique en place .

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 n'aborde pas cette question.

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 (dépistage et traçage, distanciation physique et auto-isollement, fourniture de masques chirurgicaux, désinfectant, etc.).

Le rapport n'aborde pas cette question.

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-isollement, 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

Le Comité conclut que la situation de la République slovaque n'est pas conforme à l'article 11§3 de la Charte aux motifs qu'il n'est pas établi que :

- les mesures adéquates ont été prises pour surmonter la pollution de l'environnement ;
- il y a des programmes efficaces de vaccination et de surveillance épidémiologique en place .

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 1 - Existence d'un système de sécurité sociale

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

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

En ce qui concerne le champ d'application personnel des différents risques couverts par la sécurité sociale, le Comité a relevé dans sa conclusion précédente (Conclusions 2017) que le système de sécurité sociale couvrait tous les risques traditionnels (soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles, famille, maternité, invalidité et survivants) et reposait sur un financement collectif en ce qu'il était alimenté par des cotisations (versées par les employeurs, les travailleurs et l'État) ainsi que par le budget national.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur le champ d'application personnel de ces risques. En ce qui concerne les soins de santé, il demande quel pourcentage de la population est couvert. En ce qui concerne les prestations versées en remplacement des revenus, il demande quel pourcentage de la population active est couvert.

Caractère adéquat des prestations

D'après Eurostat, le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu équivalent médian, s'élevait à 338 € par mois en 2019. 40 % du revenu équivalent médian correspondaient à 271 € par mois. Le salaire minimum s'élevait à 520 €.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a estimé que le montant minimum des prestations de maladie était insuffisant. Il observe que le rapport ne donne aucune information à ce sujet. Dans sa conclusion précédente, le Comité a procédé à une évaluation sur la base du taux de remplacement de 55 % et a conclu que le montant minimal des prestations de maladie versé à une personne percevant le salaire minimum n'était pas adéquat en ce qu'il était inférieur à 40 % du revenu équivalent médian. Le Comité note qu'en 2019, le montant des prestations de maladie versé à une personne percevant le salaire minimum, qui correspondait à 55 % de ce salaire, s'élevait à 286 €. Le Comité constate que ce montant représente entre 40 % et 50 % du revenu équivalent médian. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur le montant minimal des prestations de maladie ainsi que sur le salaire minimum.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a estimé que le montant minimum des prestations de chômage était insuffisant. Le Comité relève dans le rapport que les prestations de chômage sont versées quotidiennement et représentent 50 % de la base d'évaluation journalière. Le Comité demande à connaître le montant de la prestation de chômage versée à une personne percevant le salaire minimum.

Dans sa précédente conclusion, le Comité a estimé qu'il n'était pas été établi que les demandeurs d'emploi disposaient d'une période initiale raisonnable durant laquelle ils pouvaient refuser une offre d'emploi ne correspondant pas à leurs qualifications sans perdre leurs droits aux prestations de chômage. À cet égard, le Comité relève dans le rapport que chaque bureau régional en charge de l'emploi, des affaires sociales et de la famille élabore un plan individuel de recherche d'emploi, en fonction des compétences et des connaissances personnelles du demandeur d'emploi. Si le bureau trouve un emploi adapté au candidat et que celui-ci estime que l'emploi proposé ne correspond pas à son expérience professionnelle, il est tenu d'en informer le bureau et être prêt à lui en expliquer la raison. Dans ce cas, le bureau ne suspend pas automatiquement les prestations de chômage. La suspension n'intervient que lorsque le demandeur d'emploi refuse une offre sans fournir d'explications pertinentes et sans coopérer, de quelque manière que ce soit, avec le bureau.

Le Comité réitère sa question de savoir s'il existe une période initiale pendant laquelle l'intéressé peut refuser une offre d'emploi inadaptée sans perdre ses allocations de chômage.

Dans sa conclusion (2013), le Comité a noté que 50 % seulement des prestations de maladie sont versées si la maladie résulte de la consommation excessive d'alcool ou de drogues. Le Comité a estimé que le fait de lier l'octroi de prestations de maladie à la nature et à l'origine de l'affection était une mesure punitive qui ne saurait se justifier et qui constitue une discrimination au sens de l'article E (état de santé). Dans sa précédente conclusion (2017) le Comité a constaté qu'en vertu de l'article 111§1 de la loi n° 461/2003 Coll relative à l'assurance sociale, la minoration de 50 % s'appliquait lorsque l'intéressé s'était lui-même blessé sous l'influence de l'alcool ou de drogues, tandis que la prestation était versée intégralement si la maladie résultait de la consommation excessive d'alcool ou de drogues. Le Comité demande si cela signifie que la minoration concerne en fait le régime des accidents de travail et non l'assurance maladie, et requiert toutes informations et données utiles sur ces deux sujets.

En réponse, le Comité relève dans le rapport que le régime des accidents du travail ne s'applique qu'aux accidents survenus pendant l'exécution d'obligations professionnelles ; la minoration de 50 % due à la consommation d'alcool ne s'applique pas à ce régime. La minoration est appliquée aux prestations de maladie versées à une personne si celle-ci a été victime d'un accident dû à la consommation d'alcool ou de drogues (en d'autres termes, ces prestations seraient versées intégralement à la personne si elle n'avait pas été victime d'un accident dû à l'alcoolisme – si la consommation d'alcool ou de drogues est à l'origine de l'accident, la prestation est réduite de moitié). Si la personne souffre, par exemple, d'une cirrhose du foie due à l'alcoolisme et suit un traitement médical (c'est-à-dire à un suivi régulier, à une prise en charge de l'alcoolisme, etc.), les prestations de maladie sont intégralement versées. Ainsi, une différence fondamentale existe entre un accident directement provoqué par l'alcoolisme et une maladie de longue durée prise en charge de façon régulière. Le Comité considère que cette explication ne change rien au fait que le droit aux indemnités de maladie est lié à la nature et à l'origine de la maladie. Par conséquent, le Comité considère que la situation n'est pas conforme à la Charte car le motif pour lequel les indemnités de maladie peuvent être réduites est discriminatoire.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République slovaque n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte au motif que le montant des indemnités de maladie peut être réduit pour des motifs discriminatoires.

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 République slovaque.

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

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

Le Comité relève que la République slovaque a ratifié la Convention n° 102 de l'OIT et en a accepté les parties II, III, V, VII à X, qui concernent les soins médicaux (II), les indemnités de maladie (III), les prestations de vieillesse (V), les prestations aux familles (VII), les prestations de maternité (VIII), les prestations d'invalidité (IX) et les prestations de survivants (X). La partie III a cependant cessé de s'appliquer par suite de la ratification de la Convention n° 130 de l'OIT concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie. La République slovaque a également ratifié la Convention n° 128 de l'OIT concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants et en a accepté la partie III (prestations de vieillesse).

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

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

Le Comité se réfère en outre à sa conclusion du présent cycle d'examen relative à l'article 12§1, dans laquelle il demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées afin de pouvoir évaluer l'adéquation du champ d'application personnel.

Concernant le niveau des prestations versées, le Comité rappelle qu'il a estimé que le montant minimum de la pension de retraite n'est pas suffisant (Conclusion 2021 relative à l'article 23). De surcroît, il ne s'est pas prononcé sur le caractère suffisant des prestations suivantes, dans l'attente d'informations : prestations de maladie et de chômage (Conclusion 2021 relative à l'article 12§1), prestations familiales (Conclusion 2019 relative à l'article 16), prestations d'invalidité et d'accidents du travail/de maladies professionnelles (Conclusion 2017 relative à l'article 12§1).

Le Comité note également que la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations de l'OIT a adopté une demande directe en 2019 (publiée en 2021) concernant les Conventions n^{os} 102 et 130, priant le gouvernement slovaque de fournir des statistiques, entre autres, sur le nombre de personnes couvertes s'agissant des prestations de maladie, d'invalidité et de survivants, et sur la valeur totale des prestations familiales.

Conclusion

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

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 3 - Evolution du système de sécurité sociale

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

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 République slovaque était conforme à l'article 12§3 de la Charte (Conclusions 2017). Il limitera donc son examen aux réponses du Gouvernement aux deux questions ciblées, à savoir :

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

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

Travailleurs des plateformes numériques

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

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

Le Comité relève que le Gouvernement n'a fourni aucune information au sujet de la couverture sociale des travailleurs des plateformes numériques. Par conséquent, le Comité réitère sa question. Il demande que le prochain rapport contienne des informations sur le nombre de travailleurs des plateformes numériques/leur proportion (pourcentage) par rapport au nombre total de travailleurs, leur statut (salariés, indépendants et/ou autre catégorie), le nombre/pourcentage de ces travailleurs par statut ainsi que la couverture sociale dont ils bénéficient (par statut). Dans l'intervalle, le Comité réserve sa position sur ce point.

Covid-19

Le Gouvernement n'a fourni aucune information au sujet de l'impact de la crise liée à la covid-19 sur la couverture sociale.

Conclusion

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

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

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

Le Comité 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 République slovaque n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que le droit à la conservation des droits en cours d'acquisition soit garanti aux ressortissants de tous les autres États 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 soumis par la République slovaque.

Le Comité prend également note de l'information soumise par le Forum des droits de l'homme, la coalition des ONG et le Centre national slovaque des droits de l'homme.

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

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

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

Dans sa précédente conclusion, le Comité a estimé que la situation en République slovaque n'était pas conforme à l'article 13§1 de la Charte au motif que le niveau de l'assistance sociale versée à une personne seule sans ressources est insuffisant. Il concentrera donc son examen sur les réponses du gouvernement aux questions ciblées, ainsi que sur les développements concernant la précédente non-conformité et les questions posées dans les anciennes conclusions.

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

Le Comité prend note des développements intervenus au cours de la période de référence. Un nouveau texte de loi en cours d'élaboration concerne un nouveau type d'allocation de logement. L'objectif de cette législation, selon le rapport, est de garantir la disponibilité et la qualité adéquate des logements sociaux pour les personnes menacées de pauvreté ou d'exclusion sociale. Cette allocation, qui constituera une nouvelle forme d'aide sociale, est en cours d'approbation, conformément à la nouvelle politique nationale du logement de la République slovaque. La nouvelle allocation logement sera cumulable avec l'allocation logement déjà existante, ainsi une même personne va pouvoir demander les deux allocations. Par ailleurs, depuis le 1er mai 2018, une nouvelle loi a été adoptée sur l'économie sociale. Elle régit le secteur de l'économie sociale et introduit des mesures visant à accroître l'employabilité des personnes menacées de pauvreté. Le rapport souligne qu'il est important de soutenir ces personnes avec des allocations, mais qu'il est tout aussi important de les motiver à essayer de résoudre leur situation défavorable.

Un autre groupe de mesures nouvellement introduites est représenté par les mesures non législatives prises pour aider les personnes dans le besoin. Par exemple, dans le cadre du nouveau programme opérationnel d'aide alimentaire et matérielle de base, les personnes qui sont dans le besoin reçoivent régulièrement des "colis alimentaires" contenant des produits alimentaires de base. Le ministère du travail, des affaires sociales et de la famille a également introduit récemment une autre mesure individuelle visant à soutenir les personnes se trouvant dans des situations sociales particulièrement négatives.

Niveaux de prestations

Pour évaluer la situation au cours de la période de référence, le Comité tient compte du fait que seuls certains des chiffres requis sur les prestations sont fournis dans le rapport. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations sur le niveau des prestations. Le Comité a donc fondé son évaluation sur les informations publiées dans la base de données MISSOC et Eurostat :

- Prestation de base : le Comité relève dans le MISSOC (données du 31 décembre 2019) que la " Material Need Benefit " est calculée en fonction du revenu du demandeur. Le montant mensuel du niveau de " Material Need Benefit " pour les personnes seules s'élevait à 66,30 € par mois pour un individu.
- Prestations supplémentaires : selon le MISSOC, toutes les personnes dans le besoin reçoivent l'aide dite de besoin matériel. Elle comprend l'allocation de besoin matériel et quatre allocations (allocation de protection, allocation d'activation, allocation de logement et allocation pour enfant). L'allocation de protection n'est versée que dans certains cas (retraités, personnes handicapées, malades, femmes enceintes ou parents d'un enfant de moins d'un an). L'allocation d'activation peut être versée à deux niveaux (en 2019, 135,70 € par mois pour les personnes dont le revenu est égal ou inférieur au salaire minimum et 67,90 € par mois pour celles qui ne travaillent pas ou ne cherchent pas d'emploi). L'allocation de logement était de 55,80 € par mois pour une personne vivant seule. Le rapport fait également référence à une aide ponctuelle, destinée à couvrir partiellement les dépenses extraordinaires des membres d'un ménage dans le besoin. Elle sert principalement à fournir les vêtements, le linge et les chaussures nécessaires, les équipements ménagers indispensables, les frais médicaux spéciaux ou les fournitures scolaires. Ce type d'aide peut être accordé une seule fois à concurrence du montant des dépenses réelles prouvées, dans la limite de trois fois le montant du minimum vital pour une personne adulte. Par conséquent, une personne célibataire âgée de 35 ans, sans emploi et sans personne à charge, qui suit un programme de retour à l'emploi, recevra au maximum 191,40 € par mois au titre de l'"aide pour besoins matériels", soit 66,30 € pour l'allocation pour besoins matériels, plus 57,20 € pour l'allocation de logement, plus 67,90 € pour l'allocation d'activation si elle suit un programme de retour à l'emploi.
- Assistance médicale : le rapport ne contient pas d'informations spécifiques actualisées à cet égard. Selon le MISSOC, les services de soins de santé sont accessibles à toutes les personnes ayant une résidence permanente en République slovaque, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assistance pour besoins matériels, sans aucune restriction.
- Seuil de pauvreté : (estimé à 50 % du revenu équivalent médian et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté d'Eurostat) : il s'élevait à 338 € en 2019.

Le Comité a demandé en 2017 quel était le montant moyen de l'aide ponctuelle et dans quelles conditions elle est accordée et si elle est cumulable avec d'autres prestations d'aide sociale. Le rapport explique qu'elle est calculée sur la base des dépenses réelles, mais qu'elle est plafonnée à trois fois le montant du minimum vital pour une personne adulte. Le rapport fait également référence à une nouvelle mesure individuelle introduite pour soutenir les personnes se trouvant dans des situations sociales particulièrement négatives, avec une prestation pouvant atteindre 800 € pour une personne seule. Le Comité demande au prochain rapport d'expliquer s'il s'agit d'une prestation supplémentaire à l'aide ponctuelle, et sous quelles conditions et à qui elle peut être accordée.

Toutefois, à la lumière de l'ensemble des données et principalement du seuil de pauvreté, le Comité constate que le niveau combiné des prestations de base et complémentaires dont dispose une personne seule sans ressources n'est pas adéquat, le montant total pouvant

être obtenu étant inférieur au seuil de pauvreté. Par conséquent, la situation n'est pas conforme à la Charte.

Droit de recours et aide judiciaire

Le Comité note qu'aucune question ciblée n'a été posée en ce qui concerne le droit d'appel et l'assistance judiciaire. Le Comité avait précédemment demandé dans ses conclusions de 2017 de fournir des informations actualisées en ce qui concerne le droit d'appel et l'aide juridictionnelle. Le rapport ne contient aucune information à cet égard. Le Comité réitère sa question et si ces informations ne sont pas fournies dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte.

Champ d'application personnel

Les questions spécifiques posées en relation avec le champ d'application personnel de l'article 13§1 dans ce cycle se réfèrent uniquement aux ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire.

Le Comité rappelle que les personnes en situation irrégulière doivent avoir un droit juridiquement reconnu à la satisfaction des besoins matériels fondamentaux de l'homme (nourriture, vêtements, logement) dans les situations d'urgence pour faire face à un état de besoin urgent et grave. De même, il appartient aux États de veiller à ce que ce droit soit rendu effectif également dans la pratique (Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) c. Pays-Bas, réclamation n° 86/2012, décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014, §187). Le Comité a demandé dans ses conclusions de 2017 si la législation et la pratique sont conformes à ces exigences.

Le rapport indique simplement qu'un demandeur d'asile ou les étrangers qui ont un quelconque type de séjour légal peuvent demander toutes les prestations d'assistance sociale. Cependant, cela ne répond pas à la question de savoir si les étrangers en situation irrégulière ont accès aux besoins de base. Le Comité réitère sa question. *Si ces informations ne sont pas fournies dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte.*

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

Le rapport ne contient pas d'informations spécifiques sur les mesures prises en rapport avec l'article 13 pendant la pandémie de la covid-19. Il fait référence au fait que, en raison de la pandémie de la covid-19, les risques de pauvreté et d'exclusion sociale sont encore plus prononcés et mettent en danger davantage de groupes de la population. En référence à la déclaration de programme du gouvernement de la République slovaque pour la période 2020-2024, le gouvernement soutiendra en particulier l'emploi des groupes vulnérables dans la période à venir, le développement de l'économie sociale et la création d'entreprises sociales, l'emploi des chômeurs de longue durée par la rémunération des agences d'emploi assisté et la création d'un système du marché interprofessionnel, la diversité des emplois dans le travail d'activation afin d'augmenter leur valeur ajoutée afin de soutenir le développement de compétences qualifiées, l'augmentation de l'aide dans le besoin matériel, l'amélioration des possibilités d'emploi pour les personnes souffrant de handicaps graves. L'attention est également portée sur les différences régionales en matière d'atténuation. Le Comité demande au prochain rapport de produire des informations supplémentaires sur l'aide sociale et les mesures spécifiques prises pendant la pandémie de la covid-19.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République slovaque n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte au motif que le niveau de l'assistance sociale versée à une personne seule sans ressources 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 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 République slovaque. Il prend également note des observations présentées par le Centre national slovaque pour les droits de l'homme.

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

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

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2017), le Comité a jugé la situation conforme à la Charte. Le cadre législatif n'a pas changé, comme le confirme la description détaillée de l'organisation des services sociaux présentée dans le rapport, et en particulier des voies de recours prévues en cas de discrimination et de violation des droits de l'homme lors de la fourniture des services sociaux. Le rapport confirme que la fourniture de services sociaux est considérée comme un acte administratif qui, en tant que tel, est soumis à des contrôles dans le cadre de la procédure administrative prévue par la loi n° 162/2015 Coll. sur la procédure judiciaire en matière administrative. Le rapport ajoute que le processus de désinstitutionnalisation des services sociaux est en cours en Slovaquie, conformément à la Stratégie de désinstitutionnalisation du système des services sociaux et de prise en charge alternative et au Plan national d'action 2016-2020 visant à faire passer le système de services sociaux d'une prise en charge institutionnelle à une prise en charge de proximité. Il souligne qu'en 2021 (hors période de référence), de nouvelles dispositions de la loi sur les services sociaux, portant sur le système d'information, sont entrées en vigueur et que la stratégie est en cours d'actualisation afin de refléter l'état actuel du processus de désinstitutionnalisation mené dans la République slovaque. Par ailleurs, compte tenu de la nécessité de mettre en œuvre plus activement la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, de nouvelles mesures contraignantes ont été prises. Le Comité appréciera l'organisation modifiée des services sociaux lors du prochain cycle de contrôle et demande que le prochain rapport fournisse toutes informations utiles à cet égard.

Le rapport ne répond pas aux questions ciblées du Comité concernant les services sociaux fournis pendant la pandémie de covid-19 et ne contient notamment pas d'informations sur les mesures spécifiques qui auraient été prises en prévision de futures crises de ce type.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République slovaque 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 République slovaque.

Le Comité 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 constats de non-conformité ou décisions d'ajournement formulés dans ses conclusions précédentes. 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.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2017), le Comité a jugé la situation conforme à la Charte. Il prend acte des informations fournies en réponse à sa précédente question (voir Conclusions 2017) concernant le système d'application des critères d'évaluation de la qualité par les prestataires de services sociaux et le mécanisme d'évaluation de la qualité par le ministère du Travail, des Affaires sociales et de la Famille, confirmant que la situation reste conforme à la Charte.

Cependant, le rapport ne répond pas à la question ciblée concernant la participation des usagers aux services sociaux. Le Comité réitère sa question et demande que le prochain rapport fournisse des informations complètes sur la manière dont cette participation est encouragée dans la loi et dans d'autres processus décisionnels et sur les mesures concrètes, y compris budgétaires, qui auraient été adoptées ou seraient envisagées pour la faciliter.

Conclusion

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

Article 23 - Droit des personnes âgées à une protection sociale

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

Le Comité prend également note des informations fournies par le Forum pour les droits de l'homme, l'ONG Coalition et le Centre national slovaque des droits de l'homme, soumise le 30 juin, les 1 et 9 juillet et des réponses du gouvernement à ces commentaires soumise le 10 août 2021.

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

Par conséquent, il se concentrera sur les réponses du gouvernement aux questions ciblées, à savoir les réponses aux mesures prises pour veiller à ce que les droits économiques et sociaux des personnes âgées soient respectés, à la crise de la covid-19 et aux précédents constats de non-conformité et décisions d'ajournement.

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

La précédente conclusion était un constat de non-conformité au motif qu'il n'était pas établi que les capacités d'accueil existantes en institution soient suffisantes pour répondre à la demande des personnes âgées (Conclusions 2017).

Autonomie, inclusion et citoyenneté active

Cadre législatif

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

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

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

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

L'article 23 de la Charte exige l'existence d'un cadre juridique adéquat pour lutter contre la discrimination fondée sur l'âge dans une série de domaines au-delà de l'emploi, notamment

dans l'accès aux biens, structures et services. La discrimination à l'encontre des personnes âgées en termes de jouissance des droits sociaux est également contraire à l'article E.

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

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

Le Comité a précédemment demandé des informations à jour sur la législation interdisant la discrimination fondée sur l'âge (Conclusions 2017). Le rapport ne contenant aucune information sur ce point, le Comité réitère sa demande. Le Comité demande donc au gouvernement de fournir ces informations dans le prochain rapport et considère que si tel n'est pas le cas, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme avec la Charte sur ce point.

D'après le rapport, des modifications ont été apportées à la législation sur la capacité. Autrefois, une personne pouvait seulement être déclarée incapable, tandis que depuis 2016, une personne peut être déclarée partiellement incapable. La privation totale de capacité n'est pas possible. En règle générale, le représentant légal est un membre de la famille. Le Comité prend également acte des informations transmises par le Centre national slovaque des droits de l'homme. De plus, il relève dans les commentaires soumis par le Forum pour les droits de l'homme que le ministère de la Justice travaille actuellement sur une proposition de réforme du système de curatelle. Le Comité demande à être informé des résultats de ces travaux et souhaite savoir si le ministère a prévu d'examiner la possibilité de créer une procédure d'assistance à la prise de décision.

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

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

Les personnes âgées peuvent avoir besoin d'assistance pour exprimer leur volonté et leurs préférences, de sorte qu'il faut faire appel à tous les moyens de communication – langage, images, signes, etc. – avant de tirer la conclusion qu'elles ne sont pas en mesure de prendre la décision en question par elles-mêmes. Dans ce contexte, le cadre juridique national doit prévoir les garanties nécessaires pour éviter que les personnes âgées ne soient arbitrairement privées de la possibilité de prendre des décisions de manière autonome, même si leur capacité de prise de décision est réduite.

Il faut veiller à ce que quiconque agit au nom d'une personne âgée s'immisce le moins possible dans ses souhaits et ses droits (Observation interprétative 2013).

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

Prévention de la maltraitance des personnes âgées

Le Comité a précédemment demandé à être informé de la mise en œuvre de toutes les initiatives destinées à prévenir la maltraitance des personnes âgées ainsi que des mesures législatives qui ont été prises ou sont envisagées en la matière (Conclusions 2017). Le rapport ne contient pas d'informations à ce sujet. Le Centre national slovaque des droits de l'homme mentionne à cet égard le Programme national en faveur du vieillissement actif 2014-2020.

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

Vie indépendante et soins de longue durée

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

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

D'après le rapport, les Priorités nationales pour la mise en place de services sociaux sur la période 2015-2020 (Priorités nationales) et la Stratégie de désinstitutionnalisation systémique des services sociaux et des soins de substitution s'attachent à concevoir divers services de soins de proximité. Les priorités nationales sont de fournir des services à domicile et de proximité, à l'écart des institutions.

Le Comité note que, dans les commentaires transmis par le Forum pour les droits de l'homme, malgré la détermination du gouvernement, la désinstitutionnalisation progresse lentement et de manière partielle, et qu'en dépit des efforts déployés, le nombre d'établissements, leur capacité et leur patientèle augmentent.

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 a précédemment demandé si la fourniture de services aux personnes âgées répondait à la demande (Conclusions 2017) et a fait une mise en garde, soulignant que, dans l'hypothèse où le prochain rapport ne fournirait pas les informations demandées, rien ne permettrait d'établir que la situation de la République slovaque soit conforme sur ce point. En réponse à cette demande, le rapport précise que 34 202 personnes âgées bénéficient de structures de services sociaux, 45 % étant alitées. Des informations sont fournies concernant les taux d'occupation et les délais d'attente pour une admission dans une maison de santé, mais le rapport ne dit rien concernant les délais d'attente pour d'autres services.

D'après le Centre national slovaque des droits de l'homme, pendant la période de référence, l'accent a été mis sur la fourniture de services sociaux dans la collectivité.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2017), le Comité a demandé des informations sur les mécanismes permettant d'introduire une réclamation concernant les services.

D'après le rapport, toute personne estimant que les services sociaux qui lui sont fournis bafouent ses droits ou qu'elle fait l'objet d'une discrimination peut introduire une réclamation en vertu de la loi n° 9/2010 Coll. relative aux réclamations, de la loi n° 71/1967 Coll. relative à la procédure administrative et de la loi n° 448/2008 Coll. relative aux services sociaux. Ce droit est accordé à tous, quel que soit le type de service social fourni. Si la personne en question estime que son problème n'a pas été résolu par les moyens mis à sa disposition par la législation précitée, elle a la possibilité d'introduire une plainte auprès du tribunal administratif dans le cadre de la procédure de réexamen judiciaire administratif, conformément à la loi n° 162/2015 Coll. relative à la procédure judiciaire administrative.

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

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

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

Logement

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2017), le Comité a demandé davantage d'informations pour savoir si l'offre de logements d'un niveau suffisant est en accord avec les besoins.

D'après le rapport, les informations recueillies lors du dernier recensement indiquent que l'offre d'appartements est suffisante pour loger tous les habitants. Des informations plus détaillées seront disponibles en 2021.

D'après le Centre national slovaque des droits de l'homme, les mesures destinées à aider les projets immobiliers ne sont souvent pas ouvertes aux personnes âgées. Le centre précise en outre qu'il y a une pénurie de logements sociaux et que dans certaines villes, les délais d'attente peuvent aller jusqu'à un an.

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 rapport indique qu'en 2018, de nouvelles lignes directrices relatives aux soins palliatifs ont été publiées afin que l'offre de ce type de soins soit conforme aux bonnes pratiques récentes.

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

Soins en institution

Le Comité a précédemment conclu que la situation n'était pas conforme à la Charte au motif qu'il n'était pas établi que les capacités d'accueil existantes en institution soient suffisantes pour répondre à la demande des personnes âgées (Conclusions 2017).

D'après le rapport, le taux d'occupation des centres de soins et de services sociaux pour personnes âgées s'établit à 94-95 %. Les données de 2018 indiquent que 50 % des demandeurs doivent attendre plus de 60 jours pour être admis dans une maison de santé pour personnes âgées. Cela étant, les données révèlent aussi qu'un nombre important de personnes déposent une demande dans plusieurs maisons de santé et qu'elles peuvent être en liste d'attente alors qu'elles ont déjà été admises dans une autre maison.

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.

Le Comité a précédemment demandé des informations sur l'inspection des établissements de soins et a souhaité savoir s'il était envisagé de créer un organisme indépendant habilité à visiter les maisons de retraite (Conclusions 2017).

Le rapport précise que le ministère du Travail, des Affaires sociales et de la Famille est chargé de contrôler la conformité avec la loi sur les services sociaux (y compris les modalités de son application, s'agissant en particulier des droits de l'homme et des libertés fondamentales) ainsi que la conformité avec la réglementation adoptée en vertu de cette loi. Le Comité en déduit qu'il n'y a pas de mécanisme d'inspection indépendant. Le Comité demande confirmation que son interprétation est correcte. Il rappelle qu'il a indiqué que tous les établissements doivent être soumis à un régime d'inspection indépendant.

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 tient également compte des indicateurs relatifs aux seuils de risque de pauvreté pour les personnes de 65 ans et plus.

Le rapport confirme que la prestation de vieillesse minimale (premier pilier) correspond à 136 % du minimum vital lorsque l'intéressé justifie d'au moins 30 années de cotisation.

D'après le rapport, depuis 2020 (hors période de référence), le minimum vital pour une personne seule s'élève à 214,83 € par mois (soit nettement moins qu'en 2015). D'après le MISSOC, ce montant était de 210,20 € en 2019. Le Comité en déduit que le montant minimum des prestations de vieillesse (avec 30 années de cotisation) s'élevait à 285,87 € environ en 2019. Or le seuil de pauvreté, évalué à 50 % du revenu équivalent médian et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté établi par Eurostat, s'élevait à 338 € en 2019. Par conséquent, le montant minimum des prestations de vieillesse est très inférieur à ce seuil.

Dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2013, 2107), le Comité a noté que le régime de sécurité sociale slovaque garantit également un soutien aux personnes en situation de difficultés matérielles, une allocation aux personnes en situation de précarité (comprenant une somme forfaitaire et un versement unique), une prestation élémentaire,

une allocation pour les soins médicaux, une allocation logement et une allocation de protection. Le Comité a demandé des informations à jour à ce sujet (Conclusions 2017).

Le rapport fournit des informations sur le montant de ces prestations pour 2020 (hors période de référence). Selon la base MISSOC (données du 31 décembre 2019), la « prestation d'indigence » est calculée à partir des revenus du demandeur. Le montant mensuel de la « prestation d'indigence » pour une personne seule s'élevait à 66,30 € par mois.

De plus, les bénéficiaires de cette prestation reçoivent une allocation de protection (67,90 €) et une allocation logement (55,80 € en 2019).

Cela étant, le Comité comprend qu'une personne n'a droit à la prestation d'indigence et aux allocations associées que si ses revenus sont inférieurs au minimum vital, ce qui exclurait les personnes recevant la pension de vieillesse minimale.

Le Comité conclut que la situation n'est pas conforme, au motif que le montant minimum de la pension de vieillesse est insuffisant. Il note en outre que le montant de l'assistance sociale (prestation d'indigence et allocations associées) n'est pas suffisant lorsque la personne n'a pas d'autres ressources.

D'après le Centre national slovaque des droits de l'homme, qui s'appuie sur des données Eurostat, le taux de personnes âgées en situation de risque de pauvreté (risque fixé à 60 % du revenu équivalent médian) a augmenté, puisqu'il est passé de 5,7 % en 2016 à 8,7 % en 2019. Le centre mentionne également une enquête qu'il a menée sur la pauvreté chez les personnes âgées, en collaboration avec le Forum de soutien aux personnes âgées. 46,18 % des personnes interrogées ont déclaré que leur revenu ne suffisait pas à couvrir leurs dépenses mensuelles.

Le Comité demande au gouvernement ses commentaires à ce sujet.

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. Aucune information n'a été fournie concernant les mesures prises pour protéger les personnes âgées contre la covid-19.

Le Comité prend note des informations fournies par le Centre national slovaque des droits de l'homme concernant les mesures prises pour protéger la santé et le bien-être des personnes âgées pendant la pandémie, notamment l'aménagement des horaires d'ouverture des magasins pour les personnes âgées et la possibilité de faire verser les pensions sur un compte bancaire autre que celui du bénéficiaire ou de demander qu'elles soient apportées à domicile. De plus, les visites dans les établissements pour personnes âgées ont été restreintes ou supprimées. Les services sociaux non résidentiels ont été suspendus.

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

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République slovaque n'est pas conforme à l'article 23 de la Charte aux motifs que :

- le montant de la pension minimale de vieillesse est insuffisant ;

- le montant de l'assistance sociale n'est pas suffisant lorsque la personne n'a pas d'autres ressources.

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 République slovaque.

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 République slovaque n'était pas conforme à l'article 30 de la Charte au motif qu'il n'y avait pas d'approche globale et coordonnée en place pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale (Conclusions 2017).

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.

Le Comité note que le rapport fournit des statistiques sur la pauvreté basées sur les données Eurostat. Il constate que le taux de risque de pauvreté (le seuil étant fixé à 60 % du revenu médian ajusté après transferts sociaux) a diminué pendant la période de référence : il est passé de 12,7 % en 2016 à 11,9 % en 2019 (le taux pour les 28 pays de l'Union européenne s'élevait à 17,3 % en 2016 et à 16,8 % en 2019). De plus, il observe que le taux de risque de pauvreté (après transferts sociaux) diffère peu selon le sexe (avec une différence d'environ 0,1 % entre 2016 et 2018 et de moins de 0,5 % en 2019).

Le Comité note également que les chômeurs (de 16 à 64 ans) sont un groupe particulièrement vulnérable : la moitié au moins de l'ensemble des chômeurs de Slovaquie était menacée de pauvreté en 2017-2019 (48 % en 2016, 49,5 % en 2017, 51,2 % en 2018 et 57 % en 2019). Il constate que ces chiffres étaient supérieurs à la moyenne des 28 pays de l'Union européenne pour la même période (48 % en 2017, 48,7 % en 2018 et 48,6 % en 2019). En revanche, le taux de risque de pauvreté des personnes qui occupaient un emploi (de 16 à 64 ans) a baissé pendant la période de référence (6,5 % en 2016 et 4,4 % en 2019) et était largement inférieur à la moyenne des 28 pays de l'Union européenne (9,6 % en 2016 et 9,2 % en 2019).

Le taux de risque de pauvreté (le seuil étant fixé à 60 % du revenu médian ajusté après transferts sociaux) des personnes de plus de 65 ans, en hausse, est passé de 5,7 % en 2016 à 8,7 % en 2019. Cependant, le Comité constate qu'il était près de deux fois inférieur à

la moyenne des 28 pays de l'Union européenne (respectivement 14,5 % et 16,5 %) et que ce taux était parmi les plus faibles de l'Union européenne. S'agissant des enfants (moins de 16 ans), le taux de risque de pauvreté a peu évolué pendant la période de référence (il était de 20,1 % en 2016, de 19,9 % en 2018 et de 20,5 % en 2019).

En comparant les taux de risque de pauvreté avant et après transferts sociaux, le Comité relève aussi que l'impact des prestations sociales a augmenté pendant la période de référence (il est passé de 5,7 % en 2016 à 7,3 % en 2019).

Concernant l'indicateur des personnes en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (ARPE), 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 18,1 % de la population était exposée au risque de pauvreté ou d'exclusion sociale en 2016, 16,3 % en 2017 et 2018 et 16,4 % en 2019. Le Comité note que le pourcentage de personnes exposées au risque de pauvreté et d'exclusion sociale a baissé pendant la période de référence et qu'il était nettement inférieur à la moyenne des 28 pays de l'Union européenne, qui atteignait 23,5 % en 2016 et 21,4 % en 2019.

En ce qui concerne les enfants (moins de 16 ans), le risque de pauvreté ou d'exclusion sociale, également en baisse pendant la période de référence, est passé de 24,8 % en 2016 à 21,4 % en 2019 (contre 26,3 % en 2012). Le Comité note que bien que ces chiffres soient inférieurs à la moyenne des 28 pays de l'Union européenne (respectivement 25,9 % et 23,1 %), un enfant sur quatre est toutefois exposé au risque de pauvreté ou d'exclusion sociale.

Le Comité note que la plupart des indicateurs de mesure de la pauvreté et des inégalités de revenus sont bas, qu'ils sont nettement inférieurs à la moyenne des 28 pays de l'Union européenne et qu'ils suivent une tendance décroissante. Cependant, les différences entre les taux de risque de pauvreté sont plus importantes lorsque l'on classe la population en fonction de son activité (chômeurs/personnes occupant un emploi), même si les taux demeurent inférieurs à la moyenne des 28 pays de l'Union européenne.

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la situation de la Slovaquie n'était pas conforme à l'article 30 de la Charte au motif qu'il n'y avait pas d'approche globale et coordonnée en place pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Il a noté que le rapport ne donnait aucune indication précise quant aux moyens retenus par le gouvernement pour mettre en place une approche globale et coordonnée en vue de combattre la pauvreté et l'exclusion sociale et a demandé des informations sur l'existence de mécanismes de coordination de ces mesures, y compris au niveau de la fourniture de l'assistance et des services aux bénéficiaires (Conclusions 2017).

En réponse, le rapport précise que le Gouvernement applique une approche coordonnée pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, qui allie des mesures stratégiques universelles et des mesures spécifiques, ciblées sur des catégories particulières de la population. La réduction de la pauvreté et de l'exclusion sociale est l'une des priorités à long terme des politiques publiques, priorité qui figure aussi bien dans la réglementation que dans les documents conceptuels et stratégiques. En particulier, le rapport souligne que l'objectif national en la matière est de « faire sortir au moins 170 000 personnes du risque de pauvreté ou d'exclusion sociale d'ici 2020 ». Dans ce contexte, le Comité a précédemment noté (voir ci-dessus) que le taux d'exposition au risque de pauvreté ou d'exclusion sociale, tout comme le taux de risque de pauvreté, avaient baissé pendant la période de référence, continuaient de suivre une tendance décroissante et étaient inférieurs à la moyenne des 28 pays de l'Union européenne.

Le rapport précise que la Stratégie-cadre nationale pour la promotion de l'inclusion sociale et la lutte contre la pauvreté est le principal document stratégique dans ce domaine. Elle systématise les approches de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Elle les inscrit dans un cadre unifié qui privilégie les politiques et les réformes structurelles axées sur le développement durable et la croissance économique, la croissance de l'emploi et l'amélioration de la qualité de vie. En outre, elle définit les mesures nécessaires pour atteindre les objectifs de la stratégie « Europe 2020 ».

La première Stratégie nationale cadre a été élaborée et approuvée par le gouvernement en 2015. Elle reflète la situation de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. En 2017, la stratégie a été mise à jour afin d'y inclure des domaines clés supplémentaires, jugés nécessaires pour renforcer l'inclusion sociale et lutter contre la pauvreté, tels que, notamment, le soutien à l'intégration des chômeurs de longue durée, la promotion de l'emploi des jeunes, le renforcement du ciblage dans le système de prestations sociales et le soutien à l'intégration des communautés roms marginalisées. Le Comité prend note des différents documents cités dans le rapport ciblant des groupes vulnérables spécifiques (les Roms, les personnes âgées, les personnes handicapées, les enfants, etc.).

Le Comité relève dans le rapport 2020 relatif à la Slovaquie établi dans le cadre du Semestre européen que les inégalités de revenus et la proportion de personnes exposées au risque de pauvreté ou d'exclusion sociale reste faible, mais que certains groupes et régions sont particulièrement vulnérables. En particulier, ledit rapport souligne que certains groupes, notamment les enfants issus de familles socialement défavorisées, les Roms, les familles monoparentales et les personnes handicapées se trouvent dans une situation de grande vulnérabilité. De plus, d'après ce rapport, une large proportion de la population rom vit dans la pauvreté et/ou dans de mauvaises conditions de logement. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les mesures spécifiques qui ont été prises pour remédier à cette situation. Entretemps, il réserve sa position sur ce point.

Dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé des données détaillées démontrant que les ressources budgétaires allouées à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale étaient suffisantes au vu de l'ampleur du problème. Le rapport ne contient aucune donnée sur ce point. Cependant, le Comité note que, d'après Eurostat, le montant total des [dépenses de l'État consacrées à la protection sociale en pourcentage du PIB](#) n'a quasiment pas évolué pendant la période de référence (18,4 % en 2016, 18,2 % en 2017 et 18 % en 2018). De plus, le Comité relève dans un rapport du 24 janvier 2019 établi par le ministère des Finances ([Value for Money : Review of expenditure on groups at risk of poverty or social exclusion](#)) qu'en 2018, le montant des dépenses publiques consacrées à l'inclusion sociale des personnes exposées au risque de pauvreté et d'exclusion sociale s'élevait à 2,611 millions d'euros, ce qui représentait environ 2,9 % du PIB et 7,1 % des dépenses publiques totales. Environ 10 % de ce montant était couvert par des financements et des cofinancements de l'Union européenne.

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 10§4 de la Charte, au titre duquel il a conclu qu'il n'est pas établi que l'égalité de traitement en matière d'accès à la formation et au recyclage des chômeurs de longue durée soit garantie aux ressortissants des autres Etats parties (Conclusions 2020) ;
- l'article 13§1 de la Charte, au titre duquel il a conclu que le niveau de l'assistance sociale versée à une personne seule sans ressources est insuffisant (Conclusions 2021),
- l'article 16, au titre duquel il a conclu, entre autres, que la protection des familles roms en matière de logement, y compris en ce qui concerne les conditions d'expulsion, est insuffisante (Conclusions 2019).

Sur la base de toutes les informations dont il dispose et notamment du très faible taux de pauvreté, le Comité considère que la situation est conforme à l'article 30. Toutefois, le Comité demande quelles mesures spécifiques sont prises pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale parmi les migrants, les chômeurs, les Roms et les autres groupes vulnérables.

Contrôle et évaluation

Dans sa conclusion précédente, le Comité a noté que le rapport ne précisait pas comment étaient suivies et évaluées les mesures destinées à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale et a demandé des informations complètes sur l'existence de tels mécanismes dans tous les secteurs et domaines de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion.

En réponse, le rapport précise que le processus de suivi et d'évaluation de la Stratégie nationale cadre pour la promotion de l'inclusion sociale et de la lutte contre la pauvreté se compose de deux volets interdépendants : la fixation d'indicateurs adéquats et leur suivi. Le rapport décrit le processus de suivi des mesures de promotion de l'inclusion sociale et de lutte contre la pauvreté mené au niveau de l'Union européenne. Il explique que des indicateurs de pauvreté et d'exclusion sociale ont aussi été définis au niveau national ; ils sont liés aux séries de mesures prévues par la politique nationale et les documents conceptuels.

D'après le rapport, le suivi des mesures de promotion de l'inclusion sociale et de lutte contre la pauvreté [au sens étroit] couvre les cinq domaines suivants : (1) prévenir la pauvreté par des marchés du travail inclusifs, une protection sociale adéquate et durable et des services de qualité, accessibles et durables ; (2) interrompre la transmission intergénérationnelle de la pauvreté – lutter contre la pauvreté des enfants ; (3) inclusion active – lutter contre la pauvreté des personnes en âge de travailler ; (4) lutter contre la pauvreté des personnes âgées ; (5) inclusion sociale des groupes à risque et lutte contre la discrimination.

Le Comité prend note des différents indicateurs utilisés pour assurer le suivi de la situation en matière d'exclusion et de pauvreté au niveau national (revenus, situation de marginalisation au regard du marché du travail, situation des enfants et des jeunes, aspects régionaux de l'exclusion sociale et de la pauvreté, conditions de vie liées au logement et à la satisfaction des besoins élémentaires, problèmes d'endettement, etc.).

Le rapport précise que le cadre institutionnel de l'évaluation et de la dotation en ressources est essentiellement défini par les activités du Centre d'informations scientifiques et techniques de la République slovaque, du Bureau central du travail, des affaires sociales et de la famille et du Bureau des statistiques de la République slovaque. En outre, le suivi et l'évaluation des indicateurs de l'inclusion sociale et de la lutte contre la pauvreté sont assurés par le ministère du Travail et des Affaires sociales qui publie régulièrement un rapport sur la situation sociale de la population slovaque (analyses des évolutions dans les domaines clés, notamment analyse de la pauvreté et de l'exclusion sociale) et un rapport sur l'égalité entre les femmes et les hommes (analyse des domaines d'exclusion sociale dans la perspective de l'égalité entre les sexes).

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la manière dont les particuliers, les instituts de recherche et les associations bénévoles participent à l'évaluation des mesures de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

La pauvreté et l'exclusion sociale en temps de crise de la covid-19

Le rapport précise que la pandémie de covid-19 aggrave les risques de pauvreté et d'exclusion sociale, en menaçant davantage de groupes de la population. Le pays a commencé à mettre à jour le texte de la Stratégie nationale cadre pour la promotion de l'inclusion sociale et la lutte contre la pauvreté afin de l'adapter aux nouveaux défis, notamment aux défis liés à la pandémie de coronavirus et à ses conséquences. Dans le

cadre de sa déclaration de programme 2020-2024, le gouvernement prévoit en particulier de soutenir l'emploi des groupes vulnérables, le développement de l'économie sociale, la création d'entreprises sociales et l'emploi des chômeurs de longue durée en renforçant l'assistance matérielle et en améliorant les possibilités d'emploi des personnes présentant un handicap grave. Une attention est également accordée à l'atténuation des disparités régionales.

Conclusion

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