



mars 2022

CHARTE SOCIALE EUROPEENNE REVISEE

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2021

SLOVENIE

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 Slovénie, qui a ratifié la Charte sociale européenne révisée le 7 mai 1999. L'échéance pour remettre le 20^e rapport était fixée au 31 décembre 2020 et la Slovénie l'a présenté le 16 avril 2021.

Le Comité rappelle qu'il a été demandé à la Slovénie de répondre aux questions ciblées posées au titre de diverses dispositions (questions figurant dans l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, dans laquelle le Comité demandait un rapport sur l'application des dispositions de la Charte). Le Comité s'est donc concentré sur ces aspects. Il a également examiné les réponses données à tous les constats de non-conformité ou décisions d'ajournement formulés dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2013).

En outre, le Comité rappelle qu'aucune question ciblée n'a été posée au titre de certaines dispositions. Si la conclusion précédente (Conclusions 2013) a conclu à la conformité de la situation, il n'y a pas eu d'examen de la situation en 2020.

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

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

La Slovénie a accepté toutes les dispositions de ce groupe, sauf les articles 13§1 et 13§4.

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

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

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

En ce qui concerne les 4 autres situations, régies par les articles 3§2, 3§3, 11§3 and 23, 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 Slovénie de présenter des rapports en vertu de la Charte révisée.

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

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

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

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

Paragraphe 1 - Sécurité, santé et milieu du travail

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

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

Dans sa précédente conclusion le Comité a estimé que, dans l'attente de la réception des informations demandées, la situation de la Slovénie était conforme à l'article 3§1 de la Charte (Conclusions 2013). Il limitera donc son examen aux réponses du gouvernement aux questions ciblées.

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

Objectif général de la politique

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

En réponse à la question ciblée, le rapport indique que l'objectif de la résolution sur le programme national de santé et de sécurité au travail 2018-2027 est de connecter toutes les parties prenantes du système de santé et de sécurité au travail afin d'unir leurs forces et de coopérer à la réalisation de la vision généralement acceptée dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail en Slovénie. Selon le rapport, le Programme national de santé et de sécurité au travail 2018-2027 souligne ainsi la nécessité de garder à l'esprit que les changements technologiques rapides entraînent une modification de plus en plus radicale de l'environnement de travail et que l'automatisation, la robotisation et la numérisation ont un impact significatif sur l'organisation du travail, les horaires de travail, les compétences requises pour l'exécution du travail, les conditions de travail et le dialogue social.

Les mesures suivantes sont définies dans le programme pour atteindre les objectifs stratégiques visant la sécurité et la santé des travailleurs travaillant dans de nouvelles formes de travail et d'emploi : préparation et mise en œuvre d'une campagne sur la santé et la sécurité au travail à l'intention des travailleurs exerçant de nouvelles formes de travail et d'emploi ; promotion de l'apprentissage tout au long de la vie en matière de santé et de sécurité au travail, y compris la promotion de l'échange de connaissances et d'expériences entre les jeunes travailleurs et les travailleurs plus âgés par le biais du mentorat et du mentorat inversé ; diffusion auprès du grand public et des experts des résultats des dernières recherches sur les nouvelles formes de travail et d'emploi mises en œuvre par l'OIT, Eurofound, l'EU-OSHA et d'autres institutions de recherche ; promotion de la recherche sur les conséquences des nouvelles formes de travail et d'emploi pour la santé et la sécurité au travail.

Le Comité a précédemment noté qu'il existe une politique nationale en matière de santé et de sécurité au travail (SST), dont l'objectif est de favoriser et de préserver une culture de la prévention dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail, et a demandé que le

prochain rapport fournisse des informations actualisées sur la mise en œuvre du programme national, compte tenu de son statut en vertu de la section 4 de la loi n° 43/2011, et du programme d'activités dans la pratique (Conclusions 2013). Il a également demandé des informations sur les activités du réseau national.

En ce qui concerne la demande d'informations sur la mise en œuvre du programme national, du programme d'activités dans la pratique et des activités du réseau national, le rapport indique que le programme national définit un certain nombre d'actions à mettre en œuvre au cours de la période 2018-2020. Ces activités visent à garantir la sécurité au travail, à garantir la santé au travail, à promouvoir une culture de prévention dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail et à prendre en compte la diversité des travailleurs, à garantir la sécurité et la santé des travailleurs travaillant dans de nouvelles formes de travail et d'emploi, à promouvoir le dialogue social dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail et d'autres tâches prévues par le Programme national de santé et de sécurité au travail 2018-2027. Selon le rapport, pour chacune des activités, le plan d'action précise les prestataires de mesures, les ressources financières nécessaires à leur mise en œuvre, les délais et la manière dont les actions doivent être suivies. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur la mise en œuvre du plan d'action.

Le Comité note que les plans et stratégies politiques en Slovénie sont périodiquement évalués et revus, notamment à la lumière de l'évolution des risques, ce qui devrait permettre d'identifier les maladies à des stades plus précoces et favoriser un meilleur enregistrement des maladies professionnelles.

Organisation de la prévention des risques professionnels

Le Comité a précédemment noté l'existence de mesures de prévention des risques professionnels au niveau des entreprises, y compris pour l'évaluation des risques liés au travail et l'adoption de mesures préventives adaptées à la nature des risques (Conclusions 2013). Il a demandé que le prochain rapport fournisse des informations sur la mise en œuvre du cadre dans la pratique et sur toute mesure de prévention des risques professionnels prise au niveau des autorités publiques. Il a également demandé des informations sur le devoir de l'inspection du travail de partager, dans le cadre des activités de prévention (information, éducation, prévention), les connaissances sur les risques et leur prévention acquises par l'expérience de l'inspection.

Le rapport indique que dans le but de montrer aux employeurs, par des exemples concrets, les avantages de suivre les bonnes pratiques dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail, de diffuser des informations sur les bonnes pratiques et de promouvoir leur échange, ainsi que la promotion d'une campagne sur un environnement de travail sain intitulée *Healthy Work Environment*, le ministère du travail, de la famille, des affaires sociales et de l'égalité des chances organise, tous les deux ans, un concours national pour le prix des bonnes pratiques en matière de sécurité et de santé au travail. Le rapport informe également que l'application web OiRA a été conçue pour évaluer les risques dans les activités économiques individuelles.

Le rapport explique en outre que la santé des travailleurs s'est également révélée être un problème de santé publique, notamment en raison de la croissance de l'absentéisme pour raison de santé, du présentéisme, de l'invalidité et du problème du vieillissement de la population active. L'Institut national de santé publique a créé en octobre 2018 « Santé du travailleur », un nouveau domaine de travail visant à promouvoir et à étudier la santé de la population active, ainsi que le projet « Promotion des activités de prévention des troubles musculo-squelettiques et des risques psychosociaux au travail ».

Le rapport indique également que l'Inspection du travail de la République de Slovénie effectue des tâches d'inspection liées à l'application des lois, des règlements, des conventions collectives et des actes généraux dans les domaines de la sécurité et de la

santé au travail, des relations de travail, des salaires minimums, du marché du travail et de l'emploi, du travail et de l'emploi des étrangers, de la participation des travailleurs à la gestion et des grèves. Selon le rapport, l'inspection du travail fournit également une assistance professionnelle aux employeurs et aux travailleurs en ce qui concerne l'application des lois et autres règlements, des conventions collectives et des actes généraux relevant de sa compétence. Le rapport indique que l'inspection du travail coopère également avec les médias, par le biais desquels les connaissances sur les risques et leur prévention sont partagées.

Amélioration de la sécurité et de la santé au travail

Dans sa précédente conclusion le Comité a réitéré sa demande d'informations auprès des pouvoirs publics en matière de formation (professionnels qualifiés), de conception de modules de formation (comment travailler, comment minimiser les risques pour soi-même ou pour autrui) et de systèmes de certification, de recherche (connaissances scientifiques et techniques) sur la santé et la sécurité, ainsi que d'autres activités (analyse des risques sectoriels, élaboration de normes, émission de lignes directrices, publications, séminaires, formation) (Conclusions 2013). Il a notamment demandé des informations sur l'institution d'experts à désigner en vertu de l'article 63 de la loi n° 43/2011, et sur les fonctions respectives de l'Institut de santé publique, de l'Institut clinique de médecine du travail, de la circulation et du sport du centre médical de l'université de Ljubljana, de l'Association des ingénieurs de la sécurité et de la Chambre de la santé et de la sécurité au travail.

Le Comité prend note des informations fournies sur le nombre de formations organisées au cours de la période de référence et sur les fonctions du Conseil de la santé et de la sécurité au travail, organe consultatif d'experts du ministre du Travail nommé en vertu de l'article 63 de la loi n° 43/2011, de l'Institut clinique de médecine du travail, de la circulation et du sport du centre médical de l'Université de Ljubljana, de l'Association des ingénieurs de la sécurité et de la Chambre de la santé et de la sécurité au travail.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le Comité a précédemment demandé (Conclusions 2013) que le prochain rapport fournisse des informations sur les activités conjointes énoncées à l'article 15 de la loi n° 43/2011 et sur la consultation du comité d'entreprise ou du représentant de la santé et de la sécurité dans la pratique.

Le rapport fait référence au Conseil économique et social. Cependant, il ne contient aucune des informations demandées. Le Comité réitère donc sa demande.

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 Comité note en premier lieu que le ministère du Travail, de la Famille, des Affaires sociales et de l'Égalité des chances (MDDSZ) a publié les Recommandations du ministère du Travail, de la Famille, des Affaires sociales et de l'Égalité des chances pour assurer la sécurité et la santé au travail dans une situation où une épidémie due au virus de la covid-19 a été déclarée en République de Slovénie. Ces recommandations s'appliquent à toutes les professions en général et s'adressent aux employeurs pour qu'ils assurent à leurs employés, dans la mesure du possible, la possibilité de télétravail ; pour qu'ils adoptent un protocole de sécurité interne contre la propagation du virus ; pour qu'ils s'assurent que les lieux de travail sont désinfectés et que les fournisseurs externes prennent des précautions lorsqu'ils approvisionnent les lieux de travail ; et pour qu'ils demandent aux prestataires de médecine du travail de fournir, dans le cadre de leurs compétences, des instructions spécifiques pour assurer des conditions de travail conformes à toutes les règles de prévention de l'infection

virale au travail. Les recommandations prévoient également qu'en fonction de l'évaluation des risques, les prestataires de médecine du travail peuvent également conseiller l'interruption du processus de travail si la réorganisation du travail ne permet pas d'obtenir des conditions de travail sûres.

Le rapport indique également que l'Institut national de santé publique a élaboré des instructions et des recommandations pour la mise en œuvre d'activités spécifiques de prévention de l'infection par le SRAS-CoV-2 pour des activités telles que les activités sportives, les transports, l'industrie hôtelière et le tourisme, l'éducation et la formation aux soins corporels et les activités de service. Ces recommandations et instructions font référence aux facteurs de risque et à l'utilisation d'équipements de protection individuelle (EPI), et ont été publiées en ligne.

Le rapport informe également qu'une attention particulière a été accordée à la protection des professionnels et du personnel de santé, notamment ceux qui travaillent aux points d'entrée ou qui travaillent directement avec des patients infectés et malades. Le rapport informe également que les collègues professionnels élargis, en collaboration avec les coordinateurs nationaux désignés, ont préparé des instructions pour réorganiser le système d'activités sanitaires par domaine (soins dentaires, médecine familiale, pédiatrie, physiothérapie, etc.)

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.

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

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

sociaux, comme le stipule l'article 3§1 de la Charte. Le cadre juridique national peut nécessiter des modifications et les évaluations des risques au niveau de l'entreprise doivent être adaptées aux nouvelles circonstances.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Slovénie est conforme à l'article 3§1 de la Charte.

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

Paragraphe 2 - Règlements de sécurité et d'hygiène

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

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 de la Slovénie conforme à l'article 3§2 de la Charte dans l'attente des informations demandées (Conclusions 2013). Par conséquent, l'appréciation du Comité portera uniquement sur les informations fournies par le gouvernement en réponse à la question ciblée.

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

Dans sa question ciblée 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 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 indique qu'aucune activité réglementaire n'est intervenue dans ce domaine pendant la période de référence et que la réglementation des situations changeantes ou nouvelles, y compris en matière de déconnexion numérique, est en discussion avec les partenaires sociaux ou fait l'objet de propositions.

Le Comité prend note de ces informations et demande que le prochain rapport rende compte de tout fait nouveau en la matière. 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 Slovénie 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 jugé la situation conforme sur ce point, mais a demandé que le rapport suivant fournisse des informations sur la transposition de la directive 2009/104/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour l'utilisation par les travailleurs au travail d'équipements de travail. Il a également demandé des informations sur tout calendrier portant sur la mise en œuvre de mesures préventives axées sur la nature des risques identifiés lors des évaluations obligatoires effectuées sur les lieux de travail (Conclusions 2013).

Le rapport indique que le Règlement de sécurité et d'hygiène relatif à l'utilisation des équipements de travail (Journal officiel de la République de Slovénie n° 101/04) et la loi relative à la santé et la sécurité au travail (Journal officiel de la République de Slovénie n° 43/11) couvrent les dispositions de la directive 2009/104/CE précitée. Le rapport précise que la première mise à jour dudit Règlement fera référence à la directive.

Protection contre les substances et agents dangereux

Dans sa conclusion précédente, le Comité a jugé la situation conforme sur ce point, mais a demandé que le rapport suivant fournisse des informations complètes et à jour sur les changements apportés à la législation et à la réglementation pendant la période de référence. Il a également demandé des informations sur toute mesure adoptée pour intégrer dans le droit interne la limite d'exposition de 0,1 fibre/cm³ instaurée par la directive 2009/148/CE du Parlement européen et du Conseil du 30 novembre 2009 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail (Conclusions 2013).

Le rapport indique en réponse que la sécurité des travaux au contact avec des matériaux contenant de l'amiante est régie par le Règlement sur la protection des travailleurs contre les risques liés l'exposition à l'amiante sur le lieu de travail (Journal officiel de la République de Slovénie n° 93/05) et par la loi relative à la santé et la sécurité au travail (Journal officiel de la République de Slovénie n° 43/11). Aux termes de l'article 9 dudit Règlement, l'employeur est tenu de s'assurer que les salariés ne soient pas exposés, sur leur lieu de travail, à une concentration de fibres d'amiante en suspension dans l'air supérieure à 0,1 fibre/cm³ sur une période de travail de huit heures.

Le Comité note en outre que la Slovénie 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

Travailleurs temporaires

Dans sa conclusion précédente, le Comité a jugé la situation conforme sur ce point, mais a demandé que le rapport suivant donne des exemples concrets sur la manière dont les travailleurs temporaires, les travailleurs intérimaires et les travailleurs sous contrat à durée déterminée étaient informés des dangers, des formations consacrées aux méthodes permettant de travailler en toute sécurité ou encore de l'examen médical effectué lors de leur réembauche ou de leur réaffectation à de nouvelles tâches. Le Comité a aussi demandé des informations indiquant si ces catégories de travailleurs avaient droit à une représentation au travail (Conclusions 2013).

Selon le rapport, en vertu de la loi relative à la santé et la sécurité au travail (Journal officiel de la République de Slovénie n° 43/2011), la protection prévue par les textes de loi s'applique sur un pied d'égalité à tous ceux qui participent au processus de travail. Afin que la santé et la sécurité de tous les travailleurs soient protégées, ce texte étend la notion de travailleur à toute personne impliquée dans un processus de travail, sur quelque base juridique que ce soit. La loi ne distingue pas entre un emploi à durée indéterminée et un emploi à durée déterminée pour ce qui est des obligations de l'employeur.

Autres catégories de travailleurs

Le Comité a précédemment jugé la situation conforme à la Charte sur ce point, mais a demandé que le rapport suivant donne des informations sur toute restriction dont ferait l'objet la mise en œuvre de la législation et de la réglementation en vigueur à raison du nombre de salariés (Conclusions 2013).

D'après le rapport, la loi relative à la santé et la sécurité au travail considère comme travailleur indépendant quiconque exerce une seule et principale activité rémunérée ou autre activité professionnelle, sans employer ni faire participer nulle autre personne à son processus de travail. Les travailleurs indépendants ne sont pas des employeurs ; pour autant, ils sont responsables de la protection de leur santé et sécurité, ainsi que de celle d'autrui. L'obligation première d'un travailleur indépendant est d'évaluer les risques et, s'il s'avère que ceux-ci peuvent être source d'accident ou de maladie professionnelle, il leur faudra rédiger un document définissant les mesures à prendre pour garantir la santé et la sécurité au travail. Les travailleurs indépendants sont également assujettis à la plupart des obligations et mesures imposées aux employeurs. La loi relative à la santé et la sécurité au travail ne s'applique toutefois pas aux employés de maison.

Le Comité prend note de ces informations. Il demande que le prochain rapport fasse état des normes de protection applicables aux employés de maison.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé que le rapport suivant donne des informations sur les modalités pratiques de consultation du Comité pour la santé et la sécurité au travail, en précisant si ses recommandations étaient contraignantes et combien de fois il avait été consulté. Le Comité a également demandé des informations sur les modalités pratiques de consultation du comité d'entreprise ou du représentant chargé des questions de santé et de sécurité dans le cadre de la définition des niveaux de prévention et de protection (Conclusions 2013).

Le rapport indique que le Comité pour la santé et la sécurité au travail, organe consultatif spécialisé du Ministre du travail, examine et adopte des avis et recommandations sur l'état, la stratégie et la mise en œuvre de la politique en la matière ainsi que sur les priorités en matière de santé et de sécurité au travail. Ses avis et recommandations ne sont pas contraignants pour le ministère du Travail, de la Famille, des Affaires sociales et de l'Égalité des chances. Le Comité, qui est composé d'experts reconnus dans leur domaine, se réunit deux ou trois fois par an.

Le Comité prend note de ces informations.

Conclusion

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

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

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

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

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

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

Par conséquent, l'appréciation du Comité ne portera que sur les informations fournies par le Gouvernement en réponse à l'ajournement et 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 (Conclusions 2013). Il a ajourné ses conclusions dans l'attente des informations demandées concernant : la disparité entre le nombre d'accidents mortels indiqué dans le rapport précédent et celui d'EUROSTAT, les statistiques sur les maladies professionnelles, l'application des obligations de déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, le nombre d'accidents non mortels ayant donné lieu à l'ouverture d'une enquête de l'Inspection du travail, les mesures prises pour contrecarrer d'éventuels arrangements entre employeurs et travailleurs, le nombre de sanctions infligées en vertu de l'article 76 de la loi n° 43/2011 pour omission de déclaration, ainsi que les mesures prises pour réduire le niveau élevé d'accidents mortels. 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 la loi sur la sécurité et la santé au travail impose à l'employeur de signaler à l'Inspection du travail tout accident du travail mortel ou tout accident du travail rendant un travailleur incapable de travailler pendant plus de trois jours ouvrables, ainsi que tout accident collectif. Selon le rapport, le nombre d'accidents du travail mortels au cours de la période de référence est resté stable et inférieur aux chiffres de la période précédente (15 en 2016, 17 en 2017, 15 en 2018 et 16 en 2019), mais le nombre d'accidents du travail non mortels a augmenté (de 9,169 en 2016 à 10,106 en 2019). En outre, au cours de la période de référence, l'Inspection du travail a été informée qu'au total, 4 suicides se sont produits sur le lieu de travail (2016-2019).

Les données d'EUROSTAT sont légèrement différentes mais elles confirment la tendance concernant les accidents mortels au travail (11 en 2016, 16 en 2017, 15 en 2018 et 15 en

2019). Ces mêmes données indiquent que les taux d'incidence standardisés des accidents du travail mortels au cours de la période de référence étaient de 2.23 en 2016, 2.76 en 2017 et 2.18 en 2018. Concernant les deux premières années de la période de référence, ces chiffres sont légèrement supérieurs à la moyenne de l'UE-27 (2.29 en 2016 et 2.25 en 2017), mais légèrement inférieurs à la moyenne de l'UE-27 en 2018 (2.21 en 2018). Les données d'EUROSTAT confirment également la tendance concernant les accidents du travail non mortels au cours de la période de référence (même si les chiffres présentés sont différents). Leur nombre passe en effet de 9,943 en 2016 à 10,858 en 2019. Toujours selon ces données, les taux d'incidence des accidents du travail non mortels au cours de la période de référence étaient inférieurs à la moyenne de l'UE-27 (soit 1,556.69 cas en Slovénie et 1,772.37 dans l'UE en 2016, contre 1,636.72 cas en Slovénie et 1,800.96 dans l'UE en 2017 et 1,567.22 cas en Slovénie et 1,768.93 dans l'UE en 2018).

En réponse à la question soulevée par le Comité dans les conclusions précédentes concernant les mesures prises pour réduire le taux élevé d'accidents mortels au travail, le rapport indique qu'au cours de la période de référence, la plupart des accidents mortels se sont produits sur des chantiers de construction. C'est pourquoi les inspecteurs ont effectué le plus grand nombre de contrôles sur ces chantiers (25 % du nombre total d'inspections), en se concentrant sur les différents risques à l'origine d'accidents mortels, tels que la mauvaise exécution des travaux en hauteur. Les inspecteurs sensibilisent également les employeurs et les salariés à la sécurité sur le lieu de travail et accordent une attention particulière au professionnalisme des coordonnateurs sur les chantiers temporaires et mobiles.

Quant à la question soulevée par le Comité concernant l'obligation de signaler les accidents du travail, le rapport indique que, conformément aux dispositions de la loi sur la sécurité et la santé au travail, les employeurs sont tenus de signaler immédiatement à l'Inspection du travail tout accident mortel du travail ou tout accident du travail rendant un travailleur incapable de travailler pendant plus de trois jours ouvrables, ou encore tout accident collectif, incident dangereux et maladie professionnelle identifiée. En 2019, les inspecteurs ont constaté que 54 employeurs n'avaient pas signalé d'accident du travail (contre 46 employeurs en 2018, 39 employeurs en 2017 et 36 employeurs en 2016). Sur la base des infractions constatées, les inspecteurs ont arrêté des décisions d'amélioration (8 en 2019, 6 en 2018, 7 en 2017 et 13 en 2016), infligé des amendes (9 en 2019, 4 en 2018, 8 en 2017 et 5 en 2016) et adressé des rappels (9 en 2019, 10 en 2018, 7 en 2017 et 5 en 2016) ainsi que des avertissements (13 en 2019, 13 en 2018, 10 en 2017 et 7 en 2016).

Le Comité prend note des informations fournies dans le rapport concernant la question des divergences entre le nombre d'accidents mortels indiqués dans les données fournies par les autorités dans le rapport précédent et les données fournies par EUROSTAT. Le rapport explique que l'Inspection du travail tire ses données, notamment celles qui sont relatives aux accidents mortels du travail, des rapports des employeurs signalant que des salariés ont été mortellement blessés. L'Inspection du travail est tenue également informée des accidents mortels impliquant des salariés, notamment par la police, qui examine également ces accidents, mais aussi par les médias. Elle dispose ainsi de statistiques très précises sur les accidents du travail dans lesquels des salariés ont été mortellement blessés. Le rapporteur officiel de la République de Slovénie pour EUROSTAT est l'Institut national de santé publique, qui puise ses données dans les rapports qui lui sont communiqués sur tous les accidents du travail et pas uniquement sur les périodes d'incapacité de travail des travailleurs. La loi sur la sécurité et la santé au travail impose à l'employeur de signaler les accidents du travail pour lesquels un travailleur n'a pas pu travailler pendant plus de trois jours ouvrables. Le rapport explique que les écarts constatés dans le passé entre les données de l'Inspection du travail et celles de l'Institut national de la santé publique de Slovénie pourraient s'expliquer par des modes de saisie différents.

En ce qui concerne les maladies professionnelles, le Comité rappelle qu'il avait constaté dans sa conclusion précédente, sur la base du rapport annuel de l'Inspection du travail pour

2009, qu'il n'y avait pas de détection, de reconnaissance et de signalement des cas touchés par ces maladies. En réponse, le rapport indique que, conformément à la loi sur la sécurité et la santé au travail, l'employeur est tenu de signaler à l'Inspection du travail toutes les maladies professionnelles recensées. De fait, les employeurs ont déclaré une maladie professionnelle à l'Inspection du travail en 2019, mais aucune déclaration de ce type n'a été soumise dans les années précédentes de la période de référence.

Selon le rapport, le ministère de la Santé a commencé à rédiger un amendement aux règles relatives aux maladies professionnelles en 2015 afin de mettre en place des solutions systémiques permettant de détecter, de valider et de signaler ces maladies. L'objectif de l'amendement est de garantir les droits définis par la législation applicable au titre de la loi sur les soins de santé et l'assurance maladie. La proposition d'amendement définit les maladies professionnelles et les travaux à l'origine de ces maladies, la procédure de diagnostic, de confirmation et d'enregistrement des maladies professionnelles, l'accès au système et les documents nécessaires pour engager la procédure, ainsi que les conditions dans lesquelles la maladie est considérée comme une maladie professionnelle. Les règles relatives à la liste des maladies professionnelles restent applicables jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau règlement.

Le rapport indique également que de 2016 à 2019, la proportion la plus élevée d'absences pour congé de maladie dues à des troubles musculosquelettiques liés aux tâches les plus courantes a été enregistrée dans les secteurs de l'exploitation minière, de la fabrication, de la distribution d'eau, du traitement des eaux usées et de la réhabilitation environnementale, des soins de santé et de la protection sociale, de l'agriculture, de l'administration publique et de la défense et de la sécurité sociale obligatoire. En ce qui concerne les risques psychosociaux, l'Institut national de la santé publique a analysé la tendance de l'absentéisme entre 2015 et 2018 dû à des troubles de détresse mentale, et jugé que l'absentéisme est en augmentation.

Le rapport ne fournit pas d'autres chiffres détaillés concernant les maladies professionnelles signalées au cours de la période de référence. Le Comité réitère la demande d'informations qu'il avait formulée dans sa précédente conclusion sur les chiffres détaillés relatifs aux maladies professionnelles. Il considère que rien ne permettra d'établir que les accidents du travail et maladies professionnelles font l'objet d'un suivi efficace si les informations demandées ne figurent pas dans le prochain rapport. Le Comité demande également que le prochain rapport fournisse des informations détaillées et actualisées 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. Le Comité demande également des informations actualisées sur l'adoption et la mise en œuvre de l'amendement aux règles sur les maladies professionnelles qui est en cours d'élaboration par le ministère de la Santé.

Activités de l'Inspection du travail

Le Comité a précédemment examiné les activités de l'inspection du travail et a noté que le niveau d'activité et le nombre d'amendes que ses services ont infligées étaient en augmentation, mais restaient relativement faibles, et que des poursuites avaient été engagées en ce qui concerne le nombre d'infractions signalées (Conclusions 2013). Le Comité a ajourné ses conclusions et a demandé des informations sur la proportion de salariés concernés par les visites de contrôle par rapport à la population active, et le domaine de compétence, le nombre de salariés, les pouvoirs de contrôle et de sanction de l'Inspection des mines, du Contrôle d'État des ports, de l'Autorité de sécurité aéronautique et de l'Inspection pour la protection contre les catastrophes naturelles et autres, dotés de

pouvoirs d'inspection en matière de santé et de sécurité au travail, le nombre de plaintes instruites par l'Inspection du travail, l'issue des procédures pénales engagées, et sur la question de savoir si l'Inspection du travail peut ordonner la suspension ou l'interruption de l'activité en cas de menace immédiate pour la sécurité et la santé des travailleurs. 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 salariés et d'entreprises concernés par ces visites, le nombre d'infractions aux règlements en matière 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.

Selon le rapport, le budget de l'Inspection du travail a été augmenté de 9 % entre 2016 et 2019. En 2019, le budget de l'Inspection était de 4,605,000 €. Au 31 décembre 2019, l'Inspection du travail comptait 120 employés, dont 91 inspecteurs dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail, des relations de travail et des services sociaux et 31 inspecteurs rien que dans le domaine de la sécurité et de la santé. Il ressort du rapport que le nombre d'inspecteurs dans le domaine de la sécurité et de la santé n'a pas changé entre 2016 et 2019.

Selon les données de l'OIT, le nombre d'inspecteurs pour 10,000 salariés était de 0.8 en 2016 et de 0.9 en 2019 et le nombre de visites de contrôle de l'Inspection du travail par inspecteur était de 199.6 en 2016 et de 163.6 en 2019.

Le rapport indique qu'en 2016, 6,815 contrôles ont été menés par l'Inspection, qui ont porté sur 824,485 salariés. Au total, 21,286 infractions ont été relevées et 4,748 mesures ont été adoptées (2,938 décisions d'amélioration requises, 479 injonctions de paiement, 782 avertissements, 544 décisions relatives à des infractions mineures et 5 plaintes pénales). En 2019, 5,891 contrôles ont été réalisés concernant 901,728 salariés. Au total, 14,255 infractions ont été relevées et 4,745 mesures ont été adoptées (2,393 décisions d'amélioration requise, 591 injonctions de paiement, 913 avertissements, 848 décisions d'infraction mineure et une plainte pénale).

Le rapport indique également que, conformément aux dispositions de la loi la concernant, l'Inspection du travail peut interdire aux salariés d'effectuer un travail ou d'utiliser des moyens de travail jusqu'à ce que l'irrégularité qu'elle a détectée soit corrigée si un danger direct pour la vie de ces personnes est établi au cours du contrôle. Il indique également qu'en 2019, les inspecteurs compétents ont interdit la poursuite du travail dans 49 cas car les conditions de travail menaçaient directement la vie des salariés (contre 120 cas en 2018, 32 cas en 2017 et 59 cas en 2016). Toutefois, le rapport ne fournit pas d'informations sur l'issue des affaires pénales engagées mentionnées dans le rapport précédent.

Le rapport mentionne en outre qu'en 2019, l'Inspection du travail a relevé un total de 250 violations (contre 309 en 2018, 389 en 2017 et 300 en 2016) concernant les obligations qui incombent aux employeurs, en vertu des dispositions de la loi sur les relations de travail, de fournir des conditions de travail permettant aux salariés de ne pas être soumis à des actes de harcèlement sexuel ou autre de la part de l'employeur, d'un supérieur ou de collègues. Un pourcentage important de ces infractions concernait l'adoption de mesures appropriées et l'obligation d'informer par écrit les employés sur les mesures adoptées. Au cours de la période de référence, les employeurs ont été informés en particulier des mesures nécessaires pour prévenir de tels phénomènes, tandis que les salariés ont été avisés de ce qu'ils devaient faire s'ils pensaient être victimes d'inégalité de traitement, de harcèlement ou d'intimidation sur le lieu de travail. La loi sur la sécurité et la santé au travail dispose que les employeurs doivent adopter des mesures pour prévenir, éliminer et gérer les cas de violence, d'intimidation, de harcèlement et d'autres formes de risques psychologiques qui peuvent menacer la santé des salariés. Selon le rapport, les inspecteurs ont constaté qu'en

2019, les employeurs n'avaient pas pris de mesures appropriées dans 76 cas (contre 123 cas en 2018, 214 cas en 2017 et 286 cas en 2016).

Le rapport fournit des informations sur les activités de l'Inspection pour la protection contre les catastrophes naturelles et autres. L'Inspection est habilitée à superviser la mise en œuvre des mesures de protection, de sauvetage et d'évacuation en cas d'incendies conformément aux dispositions de la loi sur la sécurité et la santé au travail qui imposent à l'employeur de prendre des mesures pour assurer la sécurité et l'évacuation en cas d'incendie et, le cas échéant, de coopérer avec les services extérieurs de sécurité en matière d'incendie. Conformément aux dispositions de la loi sur la protection contre l'incendie, les inspecteurs ont l'obligation et le droit d'entrer dans les bâtiments où sont réalisés des travaux ou des activités impliquant des substances inflammables, ou des travaux et des tâches pouvant provoquer un incendie, ou encore dans des locaux commerciaux et industriels ou autres locaux contenant une installation de combustion, un stockage de combustible, un conduit de fumée ou un dispositif de ventilation. Ils ont également l'obligation et le droit de contrôler les installations, les dispositifs et les matériaux ainsi que la documentation technique ou autre relative à la lutte contre les incendies concernant l'installation concernée et ses dispositifs ou relative à l'obligation des employés d'appliquer les règles de lutte contre ce type de sinistre, de recueillir les notifications et, le cas échéant, les déclarations des salariés chargés de l'application des mesures de lutte contre les incendies, d'ordonner des mesures suffisantes de lutte contre les incendies si des lacunes existent dans ce domaine, notamment des mesures portant sur la construction, les technologies et l'organisation.

En 2019, l'Inspection pour la protection contre les catastrophes naturelles et autres a employé 49 inspecteurs (contre 46 inspecteurs en 2016, 46 inspecteurs en 2017 et 48 inspecteurs en 2018), qui ont effectué 2,633 contrôles (contre 2,061 contrôles en 2016, 2,606 en 2017 et 2,587 en 2018), rendu 13 décisions d'infraction mineure (contre 16 décisions en 2016, 17 en 2017 et 2 en 2018) et adressé 17 injonctions de paiement (contre 41 injonctions en 2016, 31 en 2017 et 24 en 2018) et 4,360 avertissements (contre 6,133 avertissements en 2016, 3,795 en 2017 et 3,728 en 2018).

Le Service d'inspection des mines est habilité à superviser l'application de la loi sur la sécurité et la santé au travail et les mesures de sécurité prévues dans les lois générales et les conventions collectives relatives aux travaux miniers et aux travaux de construction souterrains exécutés au moyen de méthodes d'extraction. L'Inspection des mines supervise l'application des dispositions de la loi sur les mines régissant la sécurité et la santé dans les mines et l'exploitation des ressources minérales. En 2019, 3,270 travailleurs étaient employés dans l'industrie minière et les inspecteurs ont effectué 222 contrôles (contre 167 contrôles en 2018, 280 en 2017 et 258 en 2016). Au total, 57 décisions administratives ont été rendues (contre 49 décisions en 2018, 79 en 2017 et 78 en 2016) et 56 avertissements (contre 22 avertissements en 2018, 26 en 2017 et 28 en 2016) ont été adressés.

Le rapport indique également que, conformément aux dispositions de la loi sur la sécurité et la santé au travail, l'Inspection maritime, qui relève de l'Administration maritime slovène, est habilitée à superviser l'application de cette loi, ainsi que les mesures de sécurité. Au cours de la période 2016-2019, trois inspecteurs ont effectué des contrôles dans le domaine susmentionné ainsi que 10 contrôles de navires nationaux en 2019 (contre 8 contrôles en 2018, 8 en 2017 et 7 en 2016) ; aucune sanction n'a été imposée.

Enfin, en réponse à la question ciblée posée par le Comité, le rapport indique que les inspecteurs ont la compétence et les pouvoirs de procéder à des contrôles aux adresses des personnes morales et à leurs lieux d'implantation dans tous les secteurs de l'économie, mais pas dans les locaux privés. L'inspecteur ne peut contrôler des locaux privés que s'il peut présenter un mandat du tribunal compétent.

Le Comité réitère sa demande d'informations sur les questions ciblées portant sur la proportion de salariés visés par les visites de contrôle par rapport à la population active ainsi

que le domaine de compétence, le nombre d'employés, les pouvoirs d'inspection et de sanction de l'Autorité de sécurité aéronautique. Il réitère également sa demande d'informations sur l'issue des procédures pénales engagées pour infraction à la réglementation en matière de sécurité et de santé. Le Comité 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.

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 prend note des informations figurant dans le rapport de la Slovénie.

Le Comité rappelle qu'aux fins du présent rapport, il a été demandé aux États de répondre à des questions ciblées, ainsi qu'aux précédents constats de non-conformité et aux décisions d'ajournement, le cas échéant (voir l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, dans laquelle le Comité a demandé un rapport sur l'application des dispositions de la Charte relevant du groupe thématique « Santé, sécurité sociale et protection sociale »). Cela étant, aucune question ciblée n'a été posée au titre de l'article 3§4 de la Charte.

Le Comité a précédemment examiné le cadre des services de santé au travail mis en place par la Slovénie et, dans l'attente des informations demandées, a ajourné sa conclusion (Conclusions 2013). Il limitera donc son analyse aux réponses données par le gouvernement à la précédente conclusion d'ajournement.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a noté que la proportion de médecins du travail pour 1,000 travailleurs était de 0.14 en 2008 et 2010, et a rappelé qu'en acceptant l'article 3§4 de la Charte, les États parties s'engageaient à donner accès à des services de santé au travail à tous les travailleurs dans toutes les branches d'activité économique et toutes les entreprises (Conclusions 2013). Il a réitéré sa demande d'information sur les stratégies (par exemple dans le cadre de la stratégie 2008-2012 de l'Inspection du travail) ou les incitations visant à promouvoir l'accès, en particulier pour les travailleurs des petites et moyennes entreprises, aux services de santé au travail. Il a aussi demandé que le prochain rapport donne des informations sur les modifications de la loi n° 9/92 adoptées pendant la précédente période de référence, sur la proportion d'entreprises qui ont leur propre service de santé et de sécurité au travail ou qui partagent ce service avec d'autres entreprises, et sur les conséquences du non-respect par l'employeur, notamment dans les petites et moyennes entreprises, des obligations légales de faire passer une visite médicale préliminaire puis périodique.

En réponse, le rapport indique que la loi sur la sécurité et la santé au travail dispose que les entreprises doivent faire en sorte que leur propre personnel puisse garantir la santé et la sécurité au travail ; si cela n'est pas possible, elles doivent faire appel à l'une des entreprises autorisées par le ministère du Travail, de la Famille, des Affaires sociales et de l'Égalité des chances à accomplir les actes professionnels visant à assurer la santé et la sécurité au travail. L'employeur doit veiller à ce que toutes les mesures sanitaires liées à la santé et à la sécurité au travail soient mises en œuvre par un prestataire de médecine du travail. Aux termes de la loi sur les services de santé, l'employeur peut organiser l'offre de services de soins de santé primaires pour tous ses travailleurs en faisant intervenir sur place des centres médico-sociaux qui doivent proposer des services de médecine du travail. Le rapport ajoute que l'Institut de la médecine du travail, des transports et du sport propose des services médicaux dans le cadre du service de santé public du Centre médical universitaire de Ljubljana et du Centre de soins de santé primaires de Celje, tandis que tous les autres centres de médecine du travail, des transports et du sport sont gérés par des organismes privés.

D'après le rapport, le ministère du Travail fournit tout un ensemble d'informations pratiques, de publications et d'outils en ligne, principalement sur le portail consacré à la santé et à la sécurité au travail, qui encouragent les employeurs à garantir autant que possible la sécurité et la santé de leurs travailleurs.

Le rapport indique également qu'il n'existe pas de statistiques sur le taux d'entreprises dotées de services internes de santé et de sécurité au travail ou partageant ces services avec d'autres entreprises.

Le rapport explique que lorsque les employeurs ne font pas passer d'examens de santé préventifs à leurs travailleurs, les inspecteurs leur ordonnent le plus souvent de le faire en rendant des décisions sur les améliorations nécessaires. Ils peuvent également engager des procédures pour infractions mineures. Ainsi, en 2019, les inspecteurs ont constaté à l'occasion de 1,276 contrôles que les employeurs n'avaient pas fait passer d'examens de santé préventifs à leurs travailleurs (ce nombre était de 1,128 en 2018, 1,273 en 2017 et 1,493 en 2016). Sur la base des violations constatées, ils ont rendu des « décisions sur les améliorations nécessaires » (700 en 2019, 729 en 2018, 829 en 2017 et 937 en 2016), infligé des amendes (73 en 2019, 50 en 2018, 55 en 2017 et 57 en 2016), prononcé des rappels (124 en 2019, 68 en 2018, 68 en 2017 et 82 en 2016) et formulé des avertissements (231 en 2019, 193 en 2018, 110 en 2017 et 250 en 2016).

Dans ses conclusions précédentes, le Comité a jugé très faible le nombre de médecins du travail (environ 135) par rapport à la main-d'œuvre totale (1,040,308 en 2007 selon les données de la Banque mondiale) (voir par exemple Conclusions 2003 et 2007). Le rapport ne donne pas d'informations sur le nombre de spécialistes de la médecine du travail en Slovénie. Par conséquent, le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations à ce sujet.

Par ailleurs, le Comité prend note des indications relatives aux informations pratiques, aux publications et aux outils en ligne qui visent à encourager les employeurs à garantir la sécurité et la santé au travail, mais demande des informations plus détaillées et actualisées sur les stratégies ou incitations destinées à promouvoir l'accès, en particulier pour les travailleurs des petites et moyennes entreprises, aux services de santé au travail

En outre, le Comité estime que le nombre d'entreprises proposant des services de santé au travail ou partageant ces services avec d'autres entreprises est important pour évaluer le respect de l'article 3§4 de la Charte. Il renouvelle donc sa demande d'informations à ce sujet. Enfin, il demande que le prochain rapport donne des informations actualisées et détaillées sur les missions de prévention et de conseil, dépassant la simple question de la sécurité au travail, qu'assurent les services de santé au travail.

Le Comité considère que les informations présentées dans le rapport ne lui permettent pas d'établir l'existence de services de médecine du travail efficaces en Slovénie. Il demande que le prochain rapport fournisse des explications sur les mesures prises pour favoriser le développement de ces services.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Slovénie n'est pas conforme à l'article 3§4 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi qu'il existe une stratégie visant à instituer progressivement l'accès à des services de santé au travail pour tous les travailleurs dans tous les secteurs d'activité.

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 Slovénie.

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a conclu que la situation de la Slovénie était conforme à l'article 11§1 de la Charte (Conclusions 2013). Par conséquent, l'appréciation du Comité ne portera que sur les informations fournies par le gouvernement en réponse aux questions ciblées .

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

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

En réponse à la question ciblée du Comité concernant les données statistiques sur l'espérance de vie dans tout le pays et entre les différents groupes de population, le rapport indique qu'en 2017, l'espérance de vie à la naissance était de 81,2 ans en moyenne, de 84 ans pour les femmes et de 78,2 ans pour les hommes (à titre d'exemple, la moyenne dans l'Union européenne à 27 était de 81,3 ans en 2019).

Le rapport indique en outre que l'espérance de vie varie en fonction du niveau d'éducation. Ainsi, en 2017, l'espérance de vie en Slovénie était de 83,5 ans pour les personnes titulaires au minimum d'un diplôme de l'enseignement supérieur et de 79 ans pour les personnes ayant au plus un niveau d'éducation primaire.

Les données fournies dans le rapport indiquent qu'en 2018, la plus forte espérance de vie à la naissance était enregistrée chez les femmes de la région Osrednjeslovenska, avec 84,6 ans, soit 2,2 ans de plus que l'espérance de vie des femmes vivant dans la région Koroška, où elle était la plus basse. L'espérance de vie des hommes la plus élevée (78,8 ans) était enregistrée dans la région Koroška, tandis que la plus basse était observée dans la région Pomurska (76,3 ans). Le rapport précise que les écarts entre les régions sont le reflet d'un certain nombre de facteurs socio-économiques (mode de vie, alimentation, structure éducative de la population, etc.), qui diffèrent selon les groupes de population et les zones géographiques. Le Comité demande des informations sur les éventuelles mesures prises pour réduire ces écarts.

Accès aux soins de santé

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

Le rapport indique que des gynécologues-obstétriciens, avec l'aide de leurs équipes qui comptent notamment des sages-femmes et des infirmiers diplômés ainsi que des infirmiers débutants, s'occupent de la santé sexuelle et reproductive des femmes et des filles. Ces

médecins spécialistes exercent au niveau des soins primaires ; les femmes peuvent donc les consulter sans ordonnance.

Le rapport indique en outre que la mise en œuvre du programme de prévention pour la protection de la santé sexuelle et reproductive comprend :

- le planning familial, les conseils en matière de contraception et la prescription de moyens contraceptifs ;
- la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles ;
- les examens préventifs pendant et après la grossesse et en cas d'interruption spontanée ou autorisée de la grossesse ;
- le dépistage préventif du cancer du col de l'utérus dans le cadre du programme national de dépistage ZORA ;
- la détection précoce du cancer du sein chez les femmes de moins de 50 ans ;
- les visites préventives effectuées par des infirmiers de proximité ;
- l'éducation à la santé et la promotion de la santé (exemple : cours de préparation à la naissance et à la parentalité).

Le rapport indique que pour les femmes ayant besoin d'une prise en charge de niveau secondaire ou tertiaire, la Slovénie dispose de 14 hôpitaux dotés de maternités gynécologiques, dont deux centres tertiaires qui comptent également une unité de soins intensifs pour nouveau-nés. Les femmes enceintes ont droit à dix consultations préventives et deux échographies préventives ainsi qu'à tous les services curatifs nécessaires. La plupart des services liés aux périodes de la grossesse, de la naissance et du post-partum sont couverts par l'assurance maladie obligatoire et donc gratuits pour les femmes. Les femmes enceintes et leurs partenaires ont aussi la possibilité de suivre des cours de préparation à la naissance et à la parentalité.

En ce qui concerne l'accès à l'avortement, le rapport indique que l'interruption de grossesse est possible à la demande de la femme jusqu'à la 10^e semaine, et qu'au-delà, la demande d'avortement doit être approuvée par une commission spéciale.

Le Comité demande des informations sur le coût d'un avortement et s'il est en partie ou intégralement remboursé par l'État.

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

Le rapport fournit des données statistiques sur les taux de mortinaissance, de mortalité infantile, de mortalité périnatale et de mortalité maternelle, ainsi que sur les maternités précoces. Il indique qu'en Slovénie, le taux de naissance chez les adolescentes est faible. Sur ce plan, la région Sud-Est fait figure de mauvais élève, car en 2018, son taux était près de quatre fois supérieur à la moyenne nationale. Les grossesses de mineures sont rares en Slovénie, les naissances chez les adolescentes représentant moins de 1 % de l'ensemble des naissances. De même, le nombre d'avortements chez les adolescentes est faible.

Le rapport fournit également des informations sur les mesures prises pour réduire les délais d'attente en 2020 (hors période de référence), notamment des données sur les fonds supplémentaires attribués pour réduire les délais d'attente inacceptables.

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé à être informé de l'éventuelle obligation d'entreprendre une intervention ou un traitement médical invasif pour changer juridiquement de genre (Conclusions 2013).

Le rapport indique qu'en Slovénie, aucun traitement, aucune thérapie hormonale ni aucune chirurgie génitale reconstructive essentielle n'est obligatoire pour changer juridiquement de

genre. L'indication de changement juridique de genre est établie par un psychiatre ou un pédopsychiatre et n'est pas liée à des cycles d'endocrinologie ou de traitement. Cela dit, si l'indication d'une opération est établie par un spécialiste, celle-ci est totalement couverte par l'assurance maladie obligatoire. Les frais liés à ces services médicaux sont ainsi couverts dans la mesure où lesdits services sont justifiés par un professionnel et se fondent sur la doctrine, au vu de l'état de santé de la personne assurée et conformément à l'avis de son médecin personnel ou référant.

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

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

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

Covid-19

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

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

En ce qui concerne la prise en charge des malades, le rapport indique qu'au cours de la première vague, au printemps 2020, les patients contaminés par la covid-19 ont été traités à

la Clinique pour les maladies infectieuses du Centre médical de l'Université de Ljubljana. Une ordonnance de redéploiement possible des professionnels de santé a été promulguée pour la durée de l'épidémie. Des difficultés de mise à disposition de personnel sont apparues dans les maisons de retraite, où un grand nombre de cas se sont déclarés. Des mesures de réorganisation (des équipes et des espaces) ont été mises en place pour garantir que les patients covid étaient testés et traités séparément des autres patients.

Au cours de la deuxième vague de l'épidémie, il y a eu un besoin croissant de lits d'hôpitaux en médecine générale et dans les unités de soins intensifs. Conformément à la stratégie nationale, des lits pour les patients covid ont été progressivement installés dans les hôpitaux de première ligne, puis dans les hôpitaux de deuxième ligne et enfin dans tous les hôpitaux régionaux et autres unités de soins intensifs d'urgence du pays. En raison des besoins croissants en personnel infirmier, en particulier dans les unités de soins intensifs de niveau 3, il a été nécessaire de redéployer les équipes au sein des hôpitaux. Le rapport indique que les unités de soins intensifs existantes ont fourni des médecins et des infirmiers, en particulier des anesthésistes, aux unités de soins intensifs covid. Ce renfort a été possible au prix d'une réduction des activités de chirurgie ordinaire. Le rapport précise en outre que ce mode de fonctionnement n'est certainement pas viable sur le long terme, car le personnel doit travailler pendant de longues périodes, sans véritable pause ni congé. Cela étant, compte tenu du manque de professionnels de santé ayant les compétences requises, un type d'organisation différente n'a pas été envisageable. Il n'a pas été possible non plus d'obtenir rapidement du personnel suffisamment formé, ce dont il a fallu tenir compte lors de la planification des besoins. L'organisation du travail pendant la deuxième vague a été difficile, notamment en raison du nombre élevé de professionnels de santé contaminés.

Le rapport signale également la création d'un hôpital covid slovène, consistant en un ensemble d'unités médicales situées dans différents hôpitaux et mises en harmonie par un coordinateur au niveau national. Le gouvernement a débloqué des fonds pour le bon fonctionnement du système de santé et le versement d'un supplément de rémunération aux professionnels de santé, conformément à la convention collective, laquelle prévoit des mesures d'incitation financières pour le personnel de santé pendant la pandémie ainsi que l'attribution de fonds supplémentaires pour les frais de matériel médical.

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 mobilisables, et par tous les moyens appropriés, tant nationaux qu'internationaux, y compris l'assistance et la coopération internationales

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

Conclusion

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

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 2 - Services de consultation et d'éducation sanitaires

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

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

Éducation et sensibilisation de la population

Dans ses questions ciblées, le Comité a demandé des informations sur l'éducation en matière de santé (y compris les cours d'éducation sexuelle et génésique) 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. Il a également demandé des informations sur la sensibilisation et l'éducation en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre (OSIG) et de violence fondée sur le genre.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a noté que l'éducation à la santé est inscrite dans les programmes scolaires et est assurée tout au long de la scolarité (Conclusions 2009).

Le rapport indique que la promotion de la santé et l'éducation à la santé pour les enfants et les adolescents sont assurées dans divers domaines, entre autres : la promotion et l'éducation à la santé pour les futurs parents ; la prophylaxie bucco-dentaire et l'éducation correspondante. Ces activités sont menées au niveau des soins de santé primaire dans les locaux des centres de soins de santé ou des établissements éducatifs (jardins d'enfants, écoles, etc.), conformément à la Réglementation sur la mise en œuvre de la médecine préventive au niveau du primaire et aux orientations de l'Institut national de la Santé publique. Ces orientations couvrent des ensembles thématiques : la promotion d'habitudes saines et d'une alimentation saine, du sport, de l'hygiène corporelle et des bonnes postures, les substances psychoactives et les addictions, la croissance, la santé mentale, les relations interpersonnelles et l'estime de soi, la prévention des cancers et leur dépistage précoce ainsi que l'éducation à la santé sexuelle.

Le Comité réitère sa question sur l'éducation en matière de santé et les stratégies de prévention associées (notamment par le biais de l'autonomisation, utile pour remédier aux comportements d'automutilation, aux troubles de l'alimentation, à la consommation d'alcool et de drogues) au niveau de la population, tout au long de la vie ou en formation continue. Il demande également des informations sur l'ensemble des activités (campagnes spécifiques et concrètes) mises en œuvre par les services de santé publique ou par d'autres organismes pour promouvoir la santé et prévenir les maladies.

Concernant l'éducation sexuelle et génésique, le rapport énonce plusieurs thèmes abordés dans les écoles dans ce contexte : informations sur les relations saines du point de vue sexuel et entre les filles et les garçons ; l'expérience sexuelle ; promotion de l'épanouissement physique, mental et social ; les relations sexuelles consenties ; les violences sexuelles ; informations sur les facteurs de risque ; informations sur les principes de la planification familiale ; disponibilité des supports pédagogiques concernant la santé ;

informations sur les méthodes contraceptives ; l'orientation sexuelle ; la prévention des problèmes de santé plus fréquents chez les adolescents, etc.

Consultations et dépistage des maladies

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la situation de la Slovénie était conforme à l'article 11§2 en ce qui concerne les services de consultations et de dépistage disponibles pour les femmes enceintes et les enfants (Conclusions 2013). Il a demandé des informations actualisées sur cette question. Le Comité réitère sa question.

Sur les mesures spécifiques pour lutter contre la pseudoscience concernant les problèmes de santé, le rapport indique que la Slovénie a adopté une loi sur les médecines alternatives (Journal officiel n° 94/07 et n° 87/11) ainsi que les « Règles de définition des systèmes et méthodes de la médecine alternative ou complémentaire (CAM) et de la procédure d'enregistrement, de reconnaissance et de supervision des systèmes et méthodes à introduire dans les services de la CAM » (Journal officiel n° 79/08, 115/08, 101/11 et 74/17). Selon le rapport, la médecine alternative et complémentaire recouvre les services proposés par les praticiens de la CAM afin d'améliorer la santé des personnes qui les consultent. Le Comité note que le ministère de la Santé joue un rôle important dans la délivrance des autorisations de pratique d'une médecine alternative complémentaire, laquelle atteste ainsi les compétences professionnelles des praticiens pour une mise en œuvre indépendante des différents systèmes et méthodes desdites thérapies. Cette autorisation est octroyée au praticien par la chambre des praticiens de la médecine alternative ou complémentaire pour une période de sept ans.

Conclusion

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

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 3 - Prévention des maladies et accidents

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

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

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

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

Dans sa précédente conclusion, le Comité a conclu que la situation de la Slovaquie était conforme à l'article 11§3 de la Charte (Conclusions 2017).

Services de santé dans les lieux de détention

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

Le rapport indique que les soins de santé sont dispensés aux détenus dans le cadre du système pénitentiaire ou dans des structures de proximité, selon les besoins individuels. Les soins de santé en prison sont prodigués par les centres régionaux de soins de santé primaires. Le rapport fournit également quelques informations sur les soins de santé complémentaires dispensés dans les prisons, sur les dispositifs de dépistage et sur les soins de santé mentale.

Services de santé mentale de proximité

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

Le rapport présente brièvement le Programme national 2018-2028 en faveur de la santé mentale, qui a pour objectifs d'améliorer la santé mentale, de prévenir les problèmes de santé mentale, de former les professionnels de la santé mentale, de rapprocher les services

des usagers et de réduire la stigmatisation et la discrimination. Le programme prévoit, entre autres mesures, l'ouverture de 25 centres de santé mentale destinés aux enfants et aux adolescents, et autant pour les adultes. Le Comité demande des informations sur les activités menées et les résultats obtenus dans le cadre du Programme national 2018-2028 en faveur de la santé mentale.

Le Comité renvoie à l'Examen du système de santé slovène 2021 réalisé par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, selon lequel la prise en charge de la santé mentale est principalement hospitalière, bien que le nombre de lits en psychiatrie soit en lente diminution, avec une baisse de 18 % en 2019 par rapport à 1990. La même source fait état d'inégalités régionales persistantes dans l'accès aux soins de santé mentale, et observe une relation entre la situation socioéconomique des personnes et les problèmes de santé mentale. De plus, le système de soins de santé mentale se caractérise par un manque de cohérence dans la planification, le financement et la fourniture des services, avec peu de collaboration avec les services sociaux, sanitaires et les autres secteurs concernés, malgré les efforts déployés pour les coordonner.

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.

Compte tenu de la portée limitée des informations incluses dans le rapport en réponse à la question ciblée, le Comité renouvelle sa demande d'informations sur l'existence et l'étendue des services de soins de santé mentale de proximité, sur les mesures prises pour fermer/réduire la taille des hôpitaux psychiatriques de long séjour et sur les actions menées sur le terrain auprès des populations vulnérables pour améliorer leur santé mentale. Le Comité considère que dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Slovénie soit conforme à l'article 11§3 de la Charte.

Prévention de la toxicomanie et réduction des risques

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

Selon le rapport, les activités menées dans ce domaine ont été orientées par le Programme national 2014-2020 sur les drogues illicites, sous la supervision du ministère de la Santé. Une récente évaluation a conclu que la mise en œuvre du programme avait été satisfaisante, mais que des progrès restaient à faire pour améliorer la coordination intersectorielle et pérenniser les résultats obtenus. Le rapport fournit des informations sur la consommation de drogues, tirées d'une enquête nationale menée en 2018 sur la consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues. Le rapport fait état de la constitution d'un vaste réseau composé de 20 centres de prévention et de traitement de la toxicomanie, offrant des services de prise en charge et de réduction des risques. Le nombre de nouveaux cas diagnostiqués de VIH et d'autres maladies infectieuses reste relativement faible. Le nombre de décès liés à la drogue a légèrement augmenté pendant la période de référence (40 décès en 2016, 47 en 2017 et 59 en 2018). Enfin, le rapport fournit quelques informations sur les mesures préventives adoptées pendant la période de référence.

Environnement sain

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

Le rapport indique que la Slovénie a adopté une nouvelle législation sur l'aménagement du territoire en 2017, conformément à la législation de l'Union européenne relative à l'évaluation environnementale et à l'accès à la justice. L'Institut national de la santé publique mène des actions de prévention et de contrôle, en mettant l'accent sur les populations vulnérables. La Stratégie 2012-2020 pour la santé des enfants et des adolescents en relation avec l'environnement est en cours de mise en œuvre. Les données fournies dans le rapport concernant la présence de polluants atmosphériques révèlent une évolution positive pendant la période de référence. Diverses activités visant à assainir les lieux présentant une pollution atmosphérique excessive sont présentées, telles que les travaux effectués pour remédier au problème de l'exposition au plomb dans la vallée de Zgornja Mežiška. Le rapport fournit également des informations sur les mesures prises dans le domaine des rayonnements électromagnétiques, ainsi qu'en matière de contrôle de la qualité de l'eau potable, dont les données révèlent également une évolution positive.

Vaccinations et surveillance épidémiologique

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

Le rapport précise que la Slovénie participe à des projets internationaux et nationaux de recherche sur les vaccins.

Covid-19

Le Comité a demandé aux États parties d'évaluer l'adéquation des mesures prises pour limiter la propagation du virus au sein de la population (dépistage et traçage, distanciation physique et auto-isolement, fourniture de masques chirurgicaux, de produits désinfectants, etc.)

Le rapport décrit les mesures préventives prises pour limiter la propagation de la covid-19, telles que les règles de distanciation physique, d'hygiène personnelle et d'isolement, les restrictions de circulation, les obligations de port du masque, le dépistage, la recherche des contacts, le confinement et les mesures de protection des populations vulnérables.

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

Conclusion

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

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 1 - Existence d'un système de sécurité sociale

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

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

S'agissant de la couverture individuelle des risques de la sécurité sociale, le Comité relève dans le rapport qu'en moyenne, 960 755 personnes au total étaient assurées en 2019 (939 149 en 2018 ; 914 313 en 2017 ; 891 002 en 2016), dont 749 191 personnes employées par des personnes morales, 52 719 personnes employées par des personnes physiques, 72 712 travailleurs indépendants, 4 645 agriculteurs et 16 745 personnes au chômage. Le Comité rappelle qu'au regard de l'article 12§1 de la Charte, le système de sécurité sociale doit couvrir une proportion significative de la population pour ce qui est de l'assurance maladie et des prestations familiales, et il demande des informations à jour sur la couverture individuelle de ces risques.

Caractère adéquat des prestations

D'après Eurostat, le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu équivalent médian, s'élevait à 586 € par mois. 40 % du revenu équivalent médian correspondait à 469 € par mois. Le salaire minimum était de 886 € par mois en 2019.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a estimé que le montant minimum des prestations de maladie était inadéquat. Il relève dans le rapport que le montant de ces prestations dépend de l'assiette de calcul, de la cause et de la durée de l'absence temporaire du travail et de la méthode d'évaluation. L'assiette de calcul est le salaire mensuel moyen et les indemnités versées pendant l'année civile qui a précédé celle au cours de laquelle a eu lieu l'absence temporaire du travail, ou la base moyenne pour le paiement des cotisations sur cette même période.

Les prestations ne peuvent pas être inférieures au salaire garanti ni supérieures au salaire que les personnes assurées auraient perçu si elles avaient travaillé ou à la base sur laquelle elles étaient assurées au moment de leur absence. À partir du 1^{er} janvier 2020, le salaire minimum brut s'élevait à 940,58 € (environ 700 € net). Le montant minimum des prestations de maladie s'établit à 70 % du montant net susmentionné auquel il convient d'ajouter les allocations. Le Comité note qu'en 2019, le salaire minimum en Slovénie était de 886 € brut ou 655 € net. D'après les estimations du Comité, le montant minimum des prestations de maladie, calculé sur la base du salaire minimum, devait s'élever à 459 € en 2019. Toutefois, le Comité relève dans la base de données MISSOC que les indemnités ne peuvent être inférieures au montant légal de référence (*zajamčena plača*) ni supérieures au salaire brut susceptible d'être perçu par les assurés s'ils travaillent. Le montant légal de référence est défini comme le « montant individuel garantissant à un travailleur sa sécurité matérielle et sociale » et est fixé annuellement. Depuis août 2006, il est de 237,73 € net mensuels.

Le Comité demande si le montant minimum des prestations de maladie est calculé sur la base du salaire minimum net ou sur la base du montant légal de référence. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a jugé que le montant minimum des prestations de chômage était inadéquat. Il relève dans le rapport que l'assurance chômage est régie par la loi portant réglementation du marché du travail. Les droits aux termes de l'assurance chômage obligatoire et volontaire sont les suivants : le droit à des indemnités chômage ; le droit au versement des cotisations de l'assurance sociale obligatoire ; le droit au versement des cotisations de l'assurance pension et invalidité un an avant de remplir les conditions minimales ouvrant droit à une pension de vieillesse, conformément à la réglementation relative à l'assurance pension et invalidité.

Selon le rapport, avec les modifications effectuées en 2019, le montant des prestations a été porté à 530,19 €. Le montant des prestations de chômage versées pendant les trois premiers mois s'établit à 80 % de la base de référence. Pendant les neuf mois qui suivent, les prestations de chômage correspondent à 60 % de la base de référence, puis à 50 % pour tous les mois suivants pendant lesquels elles peuvent être perçues. Le Comité demande ce que l'on peut entendre par la base. Les montants minimum (530,19 €) et maximum (862,50 €) des prestations de chômage sont fixés par la loi. Le Comité relève cependant dans la base de données MISSOC que ce montant varie entre un minimum de 350 € et un maximum de 892,50 €.

Il demande que le prochain rapport précise lequel de ces deux montants correspond au minimum de l'indemnité de chômage. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

S'agissant de la durée de versement des prestations de chômage, les droits au titre de l'assurance chômage peuvent être acquis par les personnes au chômage ayant été assurées pendant au moins neuf mois au cours des 24 mois précédant leur chômage. Ces droits peuvent être acquis par les assurés qui perdent leur emploi si cette perte ne résulte pas d'une faute qui leur serait imputable. Une personne au chômage peut demander des prestations en espèces pour une durée de :

- deux mois pour une période d'assurance de six à dix mois ;
- trois mois pour une période d'assurance de dix mois à cinq ans ;
- six mois pour une période d'assurance de cinq à 15 ans ;
- neuf mois pour une période d'assurance de 15 à 25 ans ;
- 12 mois pour une période d'assurance de plus de 25 ans ;
- 19 mois pour les assurés de plus de 53 ans justifiant d'une période d'assurance de plus de 25 ans ;
- 25 mois pour les assurés de plus de 58 ans justifiant d'une période d'assurance de plus de 28 ans.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la durée de service des prestations de chômage pour les personnes justifiant d'une période d'assurance de dix mois à cinq ans était trop courte. Il note que la situation n'a pas changé. Par conséquent, il renouvelle son constat de non-conformité.

Pour ce qui est des prestations de vieillesse, le Comité renvoie à sa conclusion relative à l'article 23.

Il demande que le prochain rapport indique quels sont les montants minimums des prestations pour accident de travail et pour invalidité.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Slovaquie n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte au motif que la durée de service des prestations de chômage pour les personnes justifiant d'une période d'assurance de dix mois à cinq ans est trop courte.

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

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

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

Le Comité rappelle que la Slovénie a ratifié le Code européen de sécurité sociale le 26 février 2004, et en a accepté les parties II-VIII et X.

Le Comité relève dans la Résolution CM/ResCSS(2020)16 du Comité des Ministres sur l'application du Code européen de sécurité sociale par la Slovénie (période du 1^{er} juillet 2018 au 30 juin 2019) que la législation et la pratique de la Slovénie continuent à donner pleinement effet aux parties II-VIII et X du Code, sous réserve de mettre les motifs de suspension des prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles en conformité avec l'article 68 du Code.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Slovénie est conforme à l'article 12§2 de la Charte.

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 3 - Evolution du système de sécurité sociale

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

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 Slovaquie était conforme à l'article 12§3 de la Charte (Conclusions 2013). Il limitera donc son examen aux réponses données par le Gouvernement aux deux questions ciblées, à savoir :

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

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

Travailleurs des plateformes numériques

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

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

Dans son rapport, le Gouvernement indique que le travail de plateforme a commencé à apparaître récemment sous certaines formes (par exemple les services de livraison à vélo) mais que sa portée est encore réduite en Slovaquie. A ce jour, il n'y a pas de réglementation spéciale concernant le travail de plateforme. Le statut des travailleurs des plateformes est vague en droit du travail, et la position juridique des plateformes est souvent peu claire. Cela étant, les autorités slovaques ont conscience que le flou qui entoure la situation juridique et professionnelle des travailleurs des plateformes peut être la raison pour laquelle le risque de précarité de ces travailleurs est très élevé. En 2018, le ministère du Travail, de la Famille, des Affaires sociales et de l'Egalité des chances s'est associé au projet conjoint de trois universités slovaques intitulé « Analyse multidisciplinaire du travail précaire : aspects

juridiques, économiques, sociaux et sanitaires » (*MAPA*). Ce projet vise principalement à donner un aperçu multidisciplinaire complet de l'état du travail précaire en Slovénie, et à formuler des propositions pour limiter les effets négatifs du travail précaire pour les individus et la société dans son ensemble. Une attention particulière a été portée au travail de plateforme. La recherche a été achevée en 2020 (hors période de référence) et le ministère précité a commencé l'examen des conclusions et des recommandations.

Le Comité prend note de ces informations, qui sont utiles mais ne lui permettent pas d'avoir une image complète de la couverture sociale dont bénéficient les travailleurs des plateformes numériques. Il demande que le prochain rapport contienne des informations sur le nombre de travailleurs des plateformes numériques/leur proportion (pourcentage) par rapport au nombre total de travailleurs, leur statut (salariés, indépendants et/ou autre catégorie), le nombre/pourcentage de ces travailleurs par statut ainsi que la couverture sociale dont ils bénéficient (par statut). Le Comité demande également des informations sur les principales constatations et recommandations contenues dans le rapport du projet *MAPA* relatives aux travailleurs des plateformes numériques ainsi que sur les mesures prises ou envisagées par les autorités pour donner suite à ces recommandations.

Covid-19

En réponse à la seconde question, le Gouvernement indique qu'il a très rapidement élaboré des mesures stratégiques et pris des mesures d'intervention immédiate pour aider la population et l'économie. Ainsi, sept paquets d'aides – qui comprennent un certain nombre de mesures dans le domaine de la sécurité sociale – ont été adoptés en 2020. Dans ce contexte, la loi fixant les mesures d'intervention pour contenir la pandémie de covid-19 et atténuer ses conséquences pour les citoyens et l'économie a été adoptée lors de la première vague. Cette loi prévoit entre autres :

- la fourniture d'une assistance aux salariés et aux employeurs sous forme de subventions salariales (prise en charge du versement des salaires à hauteur de 80 %) et d'exonération du paiement des cotisations de sécurité sociale pour les salariés en licenciement temporaire ou en incapacité de venir travailler du fait de la pandémie ;
- l'exonération du paiement des cotisations de sécurité sociale et le versement d'un revenu de base mensuel sur le fondement d'une déclaration de réduction des revenus pour les travailleurs indépendants, les exploitants agricoles et le clergé ;
- le versement de primes uniques de solidarité à certaines catégories vulnérables, e.g. aux allocataires d'une aide sociale financière ou d'un soutien au revenu, aux étudiants, aux bénéficiaires de l'allocation parentale, aux familles d'accueil, aux anciens combattants et aux mutilés de guerre, aux personnes handicapées, aux retraités ;
- l'augmentation du montant des allocations familiales pour les familles nombreuses ;
- la prolongation automatique (mensuelle) de droits déjà reconnus (e.g. allocations familiales, tarifs réduits dans les établissements préscolaires).

La loi fixant les mesures d'intervention pour aider à atténuer les conséquences de la deuxième vague de la pandémie de covid-19 (entrée en vigueur le 31 décembre 2020) constitue le dernier paquet de mesures 2020 adopté par l'Assemblée nationale. Cette loi apporte une aide aux domaines de l'économie et de la santé, et comprend des mesures supplémentaires de soutien financier aux plus vulnérables.

Conclusion

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

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

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

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

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

Égalité de traitement

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

Dans ses Conclusions 2009 sur l'article 12§4 concernant la Slovaquie, le Comité a estimé que la situation n'était pas conforme à la Charte, au motif que plusieurs prestations (régimes de retraite et d'invalidité, allocations parentales et compensation partielle de la perte de revenus) étaient assujetties à une condition de nationalité, de sorte que les ressortissants des États Parties non couverts par les règlements communautaires ne pouvaient en bénéficier. Le Comité note d'après le rapport que l'assurance obligatoire de retraite et d'invalidité en Slovaquie est uniforme pour tous les assurés et ne prévoit pas de condition de nationalité. Conformément à la législation applicable (loi ZPIZ-2), les droits liés à la vieillesse, à l'invalidité et au décès sont garantis dans les mêmes termes aux citoyens slovaques et aux ressortissants étrangers sur la base du travail effectué, des cotisations versées à l'assurance de retraite et d'invalidité et conformément aux principes de réciprocité et de solidarité.

En ce qui concerne les soins de santé, les étrangers sont, en principe, couverts par l'assurance maladie obligatoire s'ils sont salariés, indépendants ou sans emploi. Cela signifie qu'ils ont les mêmes droits d'accès aux soins de santé que les citoyens slovaques. Les conditions d'ouverture du droit à une compensation des gains afférents à un arrêt de travail temporaire sont également liées au versement des cotisations d'assurance maladie obligatoire et ne varient donc pas selon que l'intéressé soit slovaque ou non. Les étrangers travaillant sur le territoire slovaque sont couverts par une assurance chômage obligatoire. Les conditions d'ouverture du droit à des prestations de chômage sont liées à la durée du versement des cotisations d'assurance.

Le Comité considère donc que l'égalité d'accès au régime de sécurité sociale est garantie. Il demande si l'ouverture du droit aux prestations de sécurité sociale (par ex. non contributives) est subordonnée à une certaine durée de résidence.

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

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

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

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

Le Comité note à cet égard d'après le rapport que les étrangers ont droit aux allocations pour enfants à charge s'ils résident de façon temporaire ou permanente en Slovénie et qu'ils s'y trouvent effectivement, indépendamment de la conclusion d'un accord bilatéral entre la Slovénie et le pays d'origine. Par conséquent, le Comité estime que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Droit à la conservation des avantages acquis

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

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a estimé qu'il n'était pas établi que la conservation des avantages acquis soit garantie aux ressortissants de tous les autres États parties. Le Comité note d'après le rapport sur ce point que les étrangers qui remplissent les conditions d'octroi d'une retraite en vertu de la législation slovène ont droit au paiement d'une retraite à l'étranger s'ils émigrent définitivement. Les étrangers originaires de pays non-membres de l'UE avec lesquels la Slovénie n'a pas conclu d'accord bilatéral, et qui relèvent de l'assurance obligatoire de retraite et d'invalidité en Slovénie, acquièrent le droit à une retraite aux mêmes conditions que tout autre assuré. Ils peuvent exercer le droit à une pension de vieillesse de l'État slovène à l'âge de 65 ans s'ils ont accompli une durée minimum d'assurance de 15 ans, et peuvent également exercer le droit à une pension d'invalidité s'ils en remplissent les conditions. Le Comité demande si les prestations de vieillesse, d'invalidité ou de survivant sont exportables en cas d'installation dans un autre État.

Maintien des droits en cours d'acquisition

Au regard de l'article 12§4b, le fait d'avoir changé d'État d'emploi sans avoir accompli la période d'emploi ou d'assurance nécessaire au regard de la législation de cet État pour avoir droit à certaines prestations et en déterminer le montant ne doit pas être à l'origine de préjudices. L'application du droit au maintien des droits en cours d'acquisition requiert, au besoin, l'addition des périodes d'emploi ou d'assurance effectuées sur le territoire d'un autre État partie, en vue de permettre l'ouverture des droits à prestations, ainsi que le calcul et le versement de celles-ci. S'agissant des prestations de longue durée, le principe de prorata devrait également être appliqué.

Les États ont le choix des moyens pour maintenir les droits en cours d'acquisition : accord bilatéral ou multilatéral, ou mesures unilatérales, législatives ou administratives. Les États qui ont ratifié la Convention européenne de sécurité sociale sont présumés avoir fait suffisamment d'efforts pour assurer le maintien de ces droits.

D'après le rapport, les étrangers qui ont accompli les périodes d'affiliation requises pour l'attribution d'une pension dans un pays avec lequel la Slovénie n'a pas conclu d'accord bilatéral n'ont pas droit à la totalisation des périodes d'assurance. Si l'intéressé ne remplit pas les conditions minimales aux fins de l'ouverture du droit à une pension visées dans la législation slovène, il n'acquiert pas le droit à une pension.

Le Comité note à cet égard que les accords avec la Macédoine du Nord, la Serbie, la Bosnie-Herzégovine et le Monténégro prévoient la possibilité de totaliser les périodes d'assurance dans les deux pays contractants, si cela est nécessaire pour satisfaire aux conditions de l'ouverture du droit à certaines prestations de sécurité sociale. Les accords prévoient également la possibilité pour les travailleurs détachés dans un autre pays de continuer, jusqu'à 24 mois, à relever de la législation du pays dans lequel ils travaillent ou dans lequel leur employeur est établi. Les accords avec les États qui ont succédé à l'ex-Yougoslavie contiennent également différents types de mesures réciproques en matière de santé applicables aux assurés et aux membres de leur famille.

Le Comité observe que la totalisation des périodes d'assurance n'est pas prévue pour les ressortissants des États parties avec lesquels des accords bilatéraux n'ont pas été conclus. Par conséquent, le Comité estime que la situation n'est pas conforme à la Charte sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Slovénie n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte au motif que le maintien des droits en cours d'acquisition n'est pas garanti.

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 Slovaquie.

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 rapport ne fait état d'aucun changement dans l'organisation des services sociaux. Le Comité prend acte des informations fournies en réponse à sa précédente question (voir Conclusions 2013) concernant le nombre d'utilisateurs des services de protection sociale rapporté aux effectifs des services sociaux (ratio utilisateurs/effectifs).

En réponse aux questions ciblées du Comité, le rapport précise que pendant la première vague de l'épidémie de covid-19 au printemps 2020, les prestataires de services de protection sociale ont agi conformément aux recommandations pour le contrôle de l'infection délivrées par le ministère du Travail, de la Famille, des Affaires sociales et de l'Égalité des chances et le ministère de la Santé ou l'Institut national de la santé publique. À l'issue de la première vague, le ministère du Travail, de la Famille, des Affaires sociales et de l'Égalité des chances a invité les prestataires de services à faire état, dans un questionnaire, de leur expérience et de leurs bonnes pratiques pendant la pandémie, qui ont servi à élaborer le plan de contrôle de l'infection à covid-19 alors que l'épidémie se poursuivait. Le ministre des Affaires sociales a chargé un groupe de travail de préparer un Plan covid-19 en prévision d'une deuxième vague. Le groupe de travail a analysé les mesures prises, les bonnes pratiques mises en œuvre et les expériences acquises pendant la première vague et a élaboré des protocoles qui ont fait partie intégrante du plan d'endigement de la covid-19 appliqué lors de la deuxième vague d'infections de l'automne. Le plan rassemblait et adaptait les recommandations selon le principe du guichet unique et prévoyait des protocoles spécialement conçus pour l'ensemble des services sociaux. Les protocoles contenaient des instructions détaillées devant être appliquées par les prestataires de services pendant l'épidémie de covid-19 dans les établissements médicalisés et les autres établissements fournissant des services sociaux. En ce qui concerne les programmes de protection sociale, les prestataires ont été invités à renforcer davantage leurs actions de conseil auprès des utilisateurs. Tout au long de l'épidémie, les services dispensés dans le cadre de ces programmes devaient être accessibles aux utilisateurs pendant les heures d'ouverture. Prestataires et utilisateurs ont été en contact par le biais du travail sur le terrain, par téléphone, par courriel, par appels vidéo ou dans le cadre d'ateliers, de formations et d'activités en ligne et surtout, les prestataires ont maintenu leurs relations avec les utilisateurs existants et les ont soutenus. Les programmes en place (foyers pour femmes, résidences protégées, centres d'hébergement, unités de vie collective, structures de prise en charge

collective dans le domaine de la santé mentale, etc.) ont été poursuivis de manière inchangée. De plus, des projets ont été développés à l'intention des catégories les plus vulnérables de la population afin de répondre aux besoins liés à l'épidémie de covid-19 et d'atténuer ses conséquences.

Le rapport ne contient 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 Slovénie 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 Slovénie.

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 2013), le Comité a jugé la situation conforme à la Charte. Il prend acte des informations fournies en réponse à sa précédente question (voir Conclusions 2013) concernant les critères utilisés pour retirer les agréments aux personnes morales et physiques qui fournissent des services sociaux en dehors du réseau de services publics et concernant la manière dont les pouvoirs publics veillent à ce que les services sociaux gérés par le secteur privé soient efficaces et accessibles à tous dans des conditions d'égalité, confirmant que la situation reste conforme à la Charte.

En réponse aux questions ciblées, le rapport précise que la loi de 2007 sur l'assistance sociale régit la mise en œuvre des services de protection sociale et les conditions de participation des usagers auxdits services. La loi dispose notamment que les établissements de protection sociale et les autres personnes morales et physiques qui fournissent des services sociaux conformément à la loi forment une communauté. Les communautés remplissent essentiellement les fonctions suivantes :

- la coordination des activités et de la participation aux activités de développement de la politique de protection sociale ;
- la participation à la définition des conditions d'exercice des activités ;
- l'exécution de missions communes et la satisfaction des intérêts des prestataires de services dans un domaine particulier.

En Slovénie, il existe actuellement deux communautés de ce type : 1) la Communauté des institutions sociales de Slovénie œuvrant dans les domaines de la prise en charge institutionnelle des personnes âgées et de la protection de catégories particulières de la population adulte, assurée par les établissements d'accueil pour personnes âgées et les établissements spécialisés de protection sociale pour adultes, et comprenant également les prestataires privés ; 2) l'Association des centres d'action sociale de Slovénie, dont les prestataires privés sont exclus, étant donné que certains services de protection sociale ne sont fournis que dans le cadre du réseau public.

Outre les formes de coopération entre les prestataires de services de sécurité sociale définies par la loi sur l'assistance sociale, il existe une coopération entre les organisations non gouvernementales. Elle s'exerce par l'intermédiaire du Centre pour les services

d'information, la coopération et le développement des organisations non gouvernementales, qui est un réseau d'organisations non gouvernementales regroupant plus de 600 associations et organisations différentes œuvrant dans le domaine de la protection sociale et du bénévolat.

Le Comité demande si la participation des usagers inclut la participation à la prise de décision et si des mesures concrètes, y compris budgétaires, ont été adoptées ou sont envisagées pour la faciliter.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Slovénie est conforme à l'article 14§2 de la Charte.

Article 23 - Droit des personnes âgées à une protection sociale

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

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

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

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

Le Comité a ajourné sa précédente conclusion (Conclusions 2013).

Autonomie, inclusion et citoyenneté active

Cadre législatif

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

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

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

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

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

La Charte met globalement l'accent sur le recours aux droits sociaux pour renforcer l'autonomie individuelle et le respect de la dignité des personnes âgées et de leur droit à s'épanouir dans la société. Il faut pour cela s'engager à identifier et à éliminer les attitudes âgistes et les lois, politiques et autres mesures qui illustrent ou renforcent l'âgisme. Le

Comité estime que les États parties, outre l'adoption d'une législation globale interdisant la discrimination fondée sur l'âge, doivent prendre un large éventail de mesures pour combattre l'âgisme dans la société. Ces mesures devraient comprendre la révision (et, le cas échéant, la modification) de la législation et des politiques en matière de discrimination fondée sur l'âge, l'adoption des plans d'actions visant à assurer l'égalité des personnes âgées, la promotion d'attitudes positives à l'égard du vieillissement par le biais d'activités telles que des campagnes de sensibilisation à l'échelle de la société et la promotion de la solidarité intergénérationnelle.

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

Le Comité a précédemment noté que la loi relative à la mise en œuvre du principe d'égalité de traitement (2004) interdisait la discrimination fondée sur l'âge (Conclusions 2013).

Le Comité a précédemment demandé des informations sur la procédure légale d'assistance à la prise de décision mise en place pour les personnes âgées et a souhaité savoir, en particulier, si des garanties sont prévues pour éviter qu'elles ne soient privées arbitrairement de la possibilité de prendre des décisions de manière autonome (Conclusions 2013). D'après le rapport, le Code de la famille (Journal officiel de la République de Slovénie, n^{os} 15/17, 21/18 – ZNOrg, 22/19, 67/19 – ZMatR-C et 200/20 – ZOOMTVI) définit la curatelle comme étant une forme particulière de protection des adultes qui sont dans l'incapacité de prendre soin d'eux-mêmes, de leurs droits et de leurs intérêts. Selon l'article 239 du Code de la famille, la curatelle des adultes a pour objectif de gérer les affaires qui les concernent, d'organiser leurs soins médicaux et de les former pour qu'ils aient une vie autonome. Les règles actuelles permettent à un tribunal de déterminer la portée de la curatelle au vu des circonstances particulières à chaque situation. D'après le Code de la famille, dans la décision de placement sous curatelle, le tribunal définit l'étendue des droits et obligations du curateur, autrement dit, il ne place la personne concernée sous ce régime que dans les domaines pour lesquels cela est réellement nécessaire pour protéger ses droits et ses intérêts.

Lorsqu'il désigne un curateur, le Centre de service social ou le tribunal tient compte des souhaits de la personne concernée.

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

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

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

Dans ce contexte, 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 s'il existe des dispositions concernant l'assistance à la prise de décision.

Le rapport indique que la Stratégie pour une société à grande longévité a été adoptée pendant la période de référence.

La stratégie se concentre principalement sur des mesures sur le vieillissement de qualité, en se concentrant sur quatre domaines thématiques ; le marché du travail et l'éducation, une vie indépendante, saine et sûre pour toutes les générations, l'inclusion dans la société et la création d'un environnement propice aux activités tout au long de la vie

Il est prévu, sur la base de cette stratégie, d'élaborer des plans d'action assortis de propositions de solutions concrètes pour la mise en œuvre des orientations définies. L'élaboration des plans d'action a été interrompue par la pandémie. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations à jour sur la mise en œuvre de la stratégie.

Prévention de la maltraitance des personnes âgées

Le rapport indique que, s'agissant de la prévention de la violence à l'égard des personnes âgées, le ministère du Travail, de la Famille, des Affaires sociales et de l'Égalité des chances a cofinancé un programme d'un montant de 50 000,00 € en 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 contexte des soins en institution), comme les mesures de sensibilisation à la nécessité de mettre fin à la maltraitance et à la négligence des personnes âgées, ou toute mesure législative ou autre. Il demande également si des données ont été recueillies indiquant la prévalence de la maltraitance des personnes âgées.

Vie indépendante et soins de longue durée

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

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

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

Services et structures

Le Comité a précédemment demandé des informations sur la loi relative à la prise en charge de longue durée (Conclusions 2013).

D'après le rapport de 2019, une proposition de loi relative à la prise en charge de longue durée et à l'assurance soins de longue durée a été élaborée et soumise à consultation publique. Ce projet de loi marque un tournant conceptuel, car il ne s'agit plus de répondre à des besoins, mais de maintenir et d'améliorer la santé physique et mentale des patients de tous âges.

Le rapport indique (au titre de l'article 11) que la Slovénie ne dispose pas actuellement de système uniformisé pour les soins de longue durée. De fait, de nombreux textes de loi contiennent des dispositions qui régissent ce type de soins. Les personnes pour lesquelles il a été établi qu'elles ont besoin d'une aide peuvent choisir entre des services d'assistance à domicile ou des services en institution. Les services à domicile sont proposés sous forme de services formels ou informels. La plupart des soins informels sont prodigués par la famille et par des amis. La personne concernée peut en outre demander une allocation d'assistance au motif qu'elle a besoin de l'aide d'un tiers. La Slovénie est bien consciente du fait que des personnes éligibles ayant des besoins comparables n'ont pas toujours accès à des droits comparables en raison de disparités dans les régimes juridiques, les mécanismes d'admission et les critères d'évaluation. Le projet de loi susmentionné vise précisément à harmoniser la législation qui régit les droits relatifs aux soins de longue durée, à définir l'étendue des services relevant de ce type de soins et à concevoir un système de soins de longue durée complet, disponible, accessible à tous, géographiquement et financièrement viable, et réalisable. Ce projet de loi vise également à permettre aux personnes de vivre chez elles le plus longtemps possible, moyennant une assistance adaptée, si elles le souhaitent.

Le Comité demande que des informations complémentaires sur la législation proposée lui soient fournies une fois que celle-ci sera adoptée.

Le rapport indique que le Service de l'inspection des affaires sociales, qui est intégré à l'Inspection du travail, contrôle également la mise en œuvre des activités et services d'assistance sociale pour les personnes âgées. La loi relative à l'assistance sociale prévoit les soins en institution, l'aide à domicile sous forme de services sociaux ainsi que les services de soins à domicile. En lien avec la fourniture des services susmentionnés, le Service de l'inspection est aussi chargé de superviser le fonctionnement des communes. Entre 2016 et 2019, le Service de l'inspection a conduit 141 inspections de soins en institution, 13 inspections d'aides à domicile sous forme de services sociaux, 9 inspections de la prestation de services de soins à domicile et 82 inspections de la capacité des municipalités à assurer ces services.

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

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 limité à internet et ne disposent pas toujours des compétences nécessaires pour l'utiliser. Par conséquent, le Comité demande quelles mesures ont été prises pour améliorer les aptitudes numériques des personnes âgées, garantir l'accessibilité des services numériques à ces personnes et veiller à ce que les services non numériques soient maintenus.

Logement

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

Soins de santé

Le Comité a précédemment noté que le ministère de la Santé préparait un programme national pour le traitement médical des patients atteints de démence et a demandé à être informé de l'évolution de la situation à cet égard (Conclusions 2013).

Le rapport indique que la Stratégie pour la prise en charge de la démence en Slovénie jusqu'en 2020 a été adoptée en 2016. Les principaux objectifs de cette stratégie étaient le diagnostic précoce de la maladie, l'accès aux traitements et le traitement au moyen de médicaments anti-démence, ainsi que la mise en place d'un soutien coordonné pour les personnes atteintes de démence, leur famille et les aidants. Le ministère de la Santé élabore actuellement une Stratégie nationale pour la prise en charge de la démence en Slovénie jusqu'en 2030.

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

Le Comité rappelle 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. trop d'espace a été laissé pour des jugements implicites sur la « qualité de vie » ou la « valeur » de la vie des personnes âgées lors de la fixation des limites des politiques de triage.

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

Soins en institution

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

Le Comité rappelle que la Charte met globalement l'accent sur le recours aux droits sociaux pour soutenir l'autonomie personnelle et respecter la dignité des personnes âgées d'où la nécessité urgente de réinvestir dans les aides au sein de la collectivité comme alternative aux institutions. Si, pendant la période de transition, l'institutionnalisation est inévitable, l'article 23 exige que les conditions de vie et la prise en charge soient appropriées et que les droits fondamentaux suivants soient respectés : le droit à l'autonomie, le droit à la vie privée, le droit à la dignité personnelle, le droit de prendre part à la détermination des conditions de vie dans l'établissement concerné, la protection de la propriété, le droit de maintenir des

contacts personnels (y compris grâce à un accès à internet) avec les proches et le droit de se plaindre des soins et traitements dispensés en institution. Cela s'applique également dans le contexte de la covid-19.

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

Ressources suffisantes

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

Le Comité a précédemment ajourné sa conclusion sur le caractère suffisant des ressources.

Le rapport indique que la législation a été modifiée en 2017 pour mettre en place un nouveau montant minimum garanti pour les pensions de vieillesse. Ainsi, tout assuré ayant acquis le droit à une pension de vieillesse et ayant effectué le nombre requis d'années de service ouvrant droit à pension (40 ans) a la garantie de recevoir une pension de 500 €. Les assurés qui ont cotisé moins longtemps, mais plus de 15 ans ont droit à une pension minimum de 223,23 € par mois.

Le revenu minimum de base s'élevait à 392,75 € par mois en 2019 ; les retraités dont la pension est inférieure à ce montant ont droit à des allocations supplémentaires ou à une aide au revenu.

D'après le rapport, des amendements à la loi relative à l'exercice des droits à l'obtention d'aides provenant de fonds publics ont été adoptés en 2014, assouplissant dans une certaine mesure les conditions financières à remplir pour recevoir une aide au revenu. L'aide au revenu a pour objectif premier d'améliorer la situation financière des personnes âgées.

Outre l'aide au revenu, les personnes âgées peuvent avoir droit à une aide sociale financière.

Le rapport indique que le montant maximum de l'aide au revenu pour une personne seule s'élevait à 591,20 € en 2019.

Selon le rapport, en 2019, sur l'ensemble des personnes vivant au-dessous du seuil de risque de pauvreté, 90 000 étaient à la retraite (soit 18,2 % des retraités). Le Comité note que ce pourcentage est relativement élevé.

Le seuil de pauvreté fixé à 50 % du revenu équivalent médian et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté d'Eurostat était estimé à 586 € en 2019. Le Comité note que la pension minimale garantie et le revenu minimum de base sont inférieurs au seuil de pauvreté. Il relève toutefois que les bénéficiaires de ces prestations peuvent avoir droit à une aide au revenu et à une assistance sociale financière. Il demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur les prestations et l'assistance mises en place pour les personnes âgées aux revenus très modestes ou inexistantes et sans patrimoine,

ainsi que des informations sur le pourcentage de personnes percevant un revenu inférieur à 40 % du revenu équivalent médian et sur les mesures prises pour remédier à leur situation.

COVID-19

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

D'après le rapport, les deux ministères compétents (ministère de la Santé et ministère du Travail, de la Famille, des Affaires sociales et de l'Égalité des chances) ont adressé aux maisons de retraite des recommandations et des instructions concernant la gestion de la covid-19 et l'endiguement des contaminations par le SARS-CoV-2 pendant la première vague. Ces recommandations et instructions ainsi que les protocoles élaborés ultérieurement sont toujours en vigueur. Pendant la pandémie, les tâches les plus importantes ont été la prévention des contaminations et la prévention de la transmission du virus ainsi que l'application des instructions adressées par les deux ministères concernés.

Les maisons de retraite ont rencontré des difficultés dans la mise en œuvre de ces recommandations et instructions, qui se sont révélées insuffisantes pour garantir la sécurité des soins aux personnes âgées en cas de pandémie. Dans ces établissements, la réorganisation de l'espace pour une bonne application des mesures de distanciation et de confinement a posé problème.

La mise en place de zones (en particulier de zones rouges, qui nécessitent une capacité suffisante pour loger et isoler les porteurs du coronavirus nécessitant une prise en charge hospitalière) a été très difficile, voire presque impossible dans certains établissements, et d'autres solutions adéquates ont donc été trouvées. Les maisons de retraite sont en sous-effectif depuis longtemps, et cela a été plus manifeste encore pendant la période de contaminations. Actuellement, le problème du manque d'effectifs dans les maisons de retraite qui luttent contre la pandémie est résolu en réaffectant du personnel d'autres établissements de santé et maisons de retraite et en finançant, par le budget de l'État, du personnel supplémentaire pour les soins de base et l'aide sociale.

En avril 2020, en application de la loi définissant les mesures d'intervention propres à endiguer l'épidémie de covid-19 et à atténuer ses effets sur la population et l'économie (loi ZIUZEOP), une prime de solidarité a été accordée aux retraités dont la pension est inférieure à 700 €. Au total, 62,1 millions € ont été versés à 287 380 bénéficiaires.

Une autre loi (ZIUPOPDVE), adoptée fin décembre 2020, a établi que les retraités percevant une pension inférieure à 714 € recevraient une nouvelle prime de solidarité, comme ce fut le cas lors de la première vague de l'épidémie de covid-19.

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

Conclusion

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

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 Slovénie.

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 Slovénie était conforme à l'article 30 de la Charte, dans l'attente des informations demandées (Conclusions 2013).

Mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale

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

Le Comité note que le rapport fournit des statistiques sur la pauvreté fondées sur les données Eurostat. Il constate que le taux de risque de pauvreté (le seuil étant fixé à 60 % du revenu équivalent médian après transferts sociaux) est peu élevé et a diminué pendant la période de référence, passant de 13,9 % en 2016 à 12 % en 2019 (dans les 28 pays de l'Union européenne, ce taux était de 17,3 % en 2016 et de 16,8 % en 2019). Le rapport constate qu'en 2019, environ 243 000 personnes vivaient avec un revenu inférieur au taux de risque de pauvreté, soit 37 000 de moins qu'en 2016. Le Comité observe également que la différence entre les taux de risque de pauvreté (après transferts sociaux) des femmes et des hommes a diminué durant la période de référence (passant de 2,7 % en 2016 à 2,1 % en 2019).

Le taux de risque de pauvreté des chômeurs (âgés de 16 à 64 ans) a très légèrement diminué pendant la période de référence : il est passé de 44,7 % en 2016 à 43,9 % en 2019. Le Comité observe cependant que ces taux étaient inférieurs à la moyenne des 28 pays de l'Union européenne (48,7 % en 2016 et 48,6 % en 2019). Le taux de risque de pauvreté des personnes occupant un emploi (de 16 à 64 ans) a également diminué au cours de la période de référence (6,1 % en 2016 et 4,5 % en 2019). Ces taux étaient aussi largement inférieurs 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 équivalent médian après transferts sociaux) des personnes de plus de 65 ans a légèrement augmenté pendant la période de référence, passant de 17,6 % en 2016 à 18,6 % en 2019 (contre 20,9 % en

2011). Le Comité note que ces taux restaient néanmoins légèrement supérieurs à la moyenne des 28 pays de l'Union européenne (respectivement 14,5 % et 16,5 %). S'agissant des enfants (moins de 16 ans), le taux de risque de pauvreté, en légère baisse au cours de la période de référence, est passé de 11,9 % en 2016 à 10,5 % 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 est resté stable durant la période de référence (autour de 10-11 %).

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 18,4 % de la population était exposée au risque de pauvreté ou d'exclusion sociale en 2016, 17,1 % en 2017, 16,2 % en 2018 et 14,4 % en 2019 (ce taux s'élevait dans les 28 pays de l'Union européenne à 23,5 % en 2016 et à 21,4 % en 2019).

En ce qui concerne les enfants (moins de 16 ans), le risque de pauvreté ou d'exclusion sociale a baissé pendant la période de référence, passant de 14,9 % en 2016 à 11,7 % en 2019. Le Comité note que ces taux étaient nettement inférieurs à la moyenne des 28 pays de l'Union européenne (respectivement de 25,9 % et 23,1 %).

Le Comité note que les indicateurs de mesure de la pauvreté sont bas et qu'ils sont nettement inférieurs aux moyennes relevées dans l'Union européenne. En particulier, il constate que la proportion des personnes exposées au risque de pauvreté et d'exclusion sociale a diminué mais demeure élevée pour les personnes âgées. En outre, le Comité observe que les taux de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale tout comme la pauvreté monétaire pour les enfants sont bien en-deçà de la moyenne de l'UE.

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

Le rapport indique que la réorganisation des centres sociaux a débuté en octobre 2018, conformément aux amendements à la loi relative à la sécurité sociale (ZSV) adoptés en 2017. L'objectif était d'offrir des services sociaux plus étendus, soutenus par le calcul automatisé des allocations et des prestations pour enfants et familles. La réorganisation a impliqué des changements dans un projet d'activation sociale dans le cadre d'une approche intégrée de l'activation sociale des personnes. L'activation sociale vise tous ceux ayant besoin d'assistance, de soutien et d'autonomisation pour se rapprocher du marché du travail. Le rapport indique que des projets d'activation sociale accessibles, diversifiés et de qualité ont été sélectionnés par le biais d'un appel d'offres public. Ces projets visaient à développer les aptitudes et compétences sociales, à améliorer les compétences fonctionnelles et professionnelles, le développement personnel et l'autonomisation. Le Comité note que le système et les programmes d'activation sociale s'attaquent au problème persistant du chômage de longue durée et à la dépendance durable aux prestations sociales.

Dans sa conclusion précédente, le Comité demandait que des informations supplémentaires figurent dans le prochain rapport sur les mesures prises en faveur d'autres catégories de personnes vulnérables, notamment les malades mentaux, les toxicomanes et les sans-abris (Conclusions 2013). En réponse, le rapport indique que le Programme national de protection sociale 2013-2020 fournit un réseau de services publics dans le domaine des programmes de sécurité sociale destinés à prévenir et à résoudre les problèmes sociaux de groupes vulnérables spécifiques, ainsi qu'à compléter les services et mesures de sécurité sociale. Ces programmes sont mis en œuvre sur la base, entre autres, des lignes directrices publiées dans les appels d'offre publics pour leur (co-)financement ; ils sont adaptés aux caractéristiques et besoins des groupes cibles. Le Comité prend note des programmes de dépendance aux drogues visant les usagers de substances illicites et les personnes en situation de détresse sociale comme conséquence de l'alcoolisme ou d'autres dépendances,

des programmes spécialisés de soutien psychosocial, et des programmes pour les personnes sans domicile fixe, les personnes atteintes d'un handicap mental et autres groupes vulnérables, notamment les victimes de violence, les enfants et adolescents souffrant de problèmes de développement, les personnes âgées socialement exclues, les personnes handicapées et les Roms.

Le rapport indique que le montant de base du revenu minimum a augmenté pendant la période de référence pour atteindre 392,45€ en 2019. D'après le rapport, cela a entraîné une hausse du montant des prestations sociales financières ordinaires et extraordinaires. Le Comité constate l'augmentation du salaire minimum brut pendant la période de référence (qui est passé de 790,73€ en 2016 à 886,63€ en 2019). Le Comité relève également dans le rapport que la loi portant amendement à la loi relative au salaire minimum (Journal officiel n° 83/18), avec effet au 1^{er} janvier 2020 (hors période de référence), extrait de la définition du salaire minimum toutes les indemnités prévues par la législation, les réglementations et les conventions collectives (prime d'ancienneté, indemnité pour des conditions de travail difficiles, etc.) ainsi que les primes de résultats ou de performance prévues par les conventions collectives ou les contrats de travail.

En réponse à la question du Comité concernant la quantité des ressources allouées à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, le rapport indique qu'en 2018, la Slovénie a alloué 22 % du PIB à la protection sociale (10 092 milliards d'euros, contre 9 398 milliards d'euros en 2016). S'agissant des diverses indemnités, le rapport déclare qu'au 1^{er} janvier 2019, toutes les mesures d'austérité liées à la famille ont été abolies (au bout de six ans) : l'allocation de paternité et l'allocation parentale sont à nouveau de 100 % du salaire moyen d'une personne sur les douze derniers mois (elles étaient auparavant de 90 %) ; l'allocation pour famille nombreuse est à nouveau universelle et peut être octroyée à toutes les familles nombreuses indépendamment de leur revenu (auparavant, elle était limitée à un certain seuil de revenu) ; l'allocation de maternité n'est pas limitée et l'allocation parentale est égale à 2,5 fois le salaire moyen (elle était auparavant de 2 fois le salaire moyen). Le Comité relève d'après le rapport qu'au 1^{er} juillet 2019, les prestations pour enfants, les bourses d'État, les indemnités de garde d'enfants, les allocations pour famille nombreuse, les allocations de naissance et allocations parentales ont augmenté. Selon le rapport, toutes ces mesures ont renforcé le statut social des familles avec enfants.

Le Comité relève dans le rapport 2019 relatif à la Slovénie établi dans le cadre du Semestre européen que les inégalités de revenus sont peu élevées et que la proportion de personnes exposées au risque de pauvreté ou d'exclusion sociale a diminué mais demeure élevée pour les personnes âgées. Le rapport souligne qu'en 2017, le nombre de personnes en risque de pauvreté et d'exclusion sociale a diminué pour la troisième année consécutive.

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 31§1 et à sa conclusion que les mesures mises en place pour réduire le nombre de personnes sans domicile fixe sont manifestement insuffisantes en termes quantitatifs (Conclusions 2015).

Compte tenu de l'ensemble des informations dont il dispose, et notamment des faibles taux de pauvreté, le Comité considère que la situation demeure conforme à l'article 30.

Contrôle et évaluation

Dans sa conclusion précédente, le Comité demandait que le prochain rapport fournisse des informations sur le système de contrôle et d'évaluation des mesures de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, ainsi que des précisions, assorties d'exemples concrets, sur la façon dont les particuliers et les associations participent à l'examen des mesures de lutte contre la pauvreté (Conclusions 2013).

En réponse, le rapport note que l'Institut de protection sociale (au nom du ministère du Travail, de la Famille, des Affaires sociales et de l'Égalité des chances) élabore des rapports annuels sur la mise en œuvre et le respect des objectifs de la Résolution sur le Programme national d'assistance sociale 2013-2020 (Journal officiel n° 39/13). Le rapport fournit une vue d'ensemble de la situation économique, démographique et macroéconomique du pays, ainsi que de la situation du marché du travail et d'autres facteurs affectant la situation sociale de la population. Le Comité constate que la partie principale du rapport annuel est une présentation de la réalisation des principaux objectifs de la Résolution, comme, entre autres, réduire le risque de pauvreté et accroître l'inclusion sociale des groupes vulnérables et défavorisés, ou améliorer l'accessibilité et la diversité des services et d'autres formes d'assistance. Un tel rapport inclut également des informations sur l'application des plans de mise en œuvre régionaux et nationaux dans le domaine de l'assistance sociale.

L'Institut de Protection sociale élabore également des rapports annuels sur la situation sociale au niveau national. Son but est de fournir une vue d'ensemble complète des changements de situation au cours des deux dernières années avant la publication de chaque rapport.

Le Bureau de développement et d'analyse économique élabore des rapports annuels de développement dans les domaines prioritaires de la Stratégie nationale de développement 2030 et fournit des recommandations en vue d'une mise en œuvre plus efficace des politiques. L'un des cinq piliers de cette stratégie est la mise en place d'une société responsable, sûre, saine et inclusive, proposant une vie active et saine, un marché du travail inclusif, des emplois de qualité et une vie décente pour tous.

En outre, le rapport indique que le Conseil pour les enfants et la famille (un organe consultatif permanent d'experts) surveille l'efficacité des politiques visant à réduire la pauvreté et l'exclusion sociale.

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

Le rapport indique les mesures spécifiques prises en 2020 pour atténuer les effets négatifs potentiels de la crise de covid-19 sur la pauvreté et l'exclusion sociale. Le Comité renvoie à sa conclusion relative à l'article 12§3 (Conclusions 2021) pour une description détaillée.

En outre, le rapport fait savoir qu'en juin 2020, le ministère du Travail, de la Famille, des Affaires sociales et de l'Égalité des chances a lancé un appel d'offres public pour le cofinancement de projets visant à aider les personnes les plus vulnérables à répondre aux besoins liés à l'épidémie de covid-19 et à en atténuer les effets.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Slovénie est conforme à l'article 30 de la Charte.