



mars 2022

## **CHARTE SOCIALE EUROPEENNE REVISEE**

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2021

### **SUEDE**

*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 Suède, qui a ratifié la Charte sociale européenne révisée le 29 mai 1998. L'échéance pour remettre le 20<sup>e</sup> rapport était fixée au 31 décembre 2020 et la Suède l'a présenté le 9 novembre 2021.

Le Comité rappelle qu'il a été demandé à la Suède 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.

Les commentaires d'*Amnesty International* sur le 20<sup>e</sup> rapport ont été enregistrés le 1 juillet 2021.

Conformément à la procédure adoptée par le Comité des Ministres lors de la 1196<sup>e</sup> 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 Suède a accepté toutes les dispositions de ce groupe, sauf les articles 3§4 et 12§4.

La période de référence allait du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au 31 décembre 2019.

Les Conclusions relatives à la Suède concernent 14 situations et sont les suivantes :

- 9 conclusions de conformité : articles 3§1, 11§1, 11§3, 12§2, 12§3, 14§1, 14§2, 23 et 30 ;
- 12§1 conclusion de non-conformité : article 12§1.

En ce qui concerne les 4 autres situations, régies par les articles 3§2, 3§3, 11§2 et 13§1, 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 Suède de présenter des rapports en vertu de la Charte révisée.

Le prochain rapport que doit soumettre la Suède 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](http://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 Suède.

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 estimait que, dans l'attente de la réception des informations demandées, la situation de la Suède 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 des 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, le rapport informe qu'en 2016, le gouvernement a présenté la stratégie nationale « Une stratégie d'environnement de travail pour une vie professionnelle moderne 2016-2020 ». Le rapport souligne que la stratégie a été discutée avec les partenaires sociaux et les autorités compétentes avant sa présentation et pendant sa mise en œuvre. Le rapport informe également que lors de l'évaluation de la stratégie nationale, l'Agence suédoise pour la gestion publique (*Statskontoret*) a constaté que la stratégie nationale a renforcé la mise en œuvre de la politique de l'environnement de travail par le gouvernement. Le rapport mentionne en outre que le processus d'élaboration de la nouvelle stratégie du gouvernement en matière d'environnement de travail pour la prochaine période a débuté en hiver 2019 et a été entamé en consultation avec les partenaires sociaux et les autorités compétentes.

Le rapport mentionne que l'Agence suédoise pour l'expertise de l'environnement de travail a été créée en 2018 avec pour mission de collecter, compiler et diffuser les connaissances existantes fondées sur la recherche concernant le travail et l'environnement de travail.

Le Comité prend note des informations fournies et demande que le prochain rapport fournisse des informations spécifiques sur les résultats de la nouvelle stratégie nationale et si elle a effectivement identifié les situations nouvelles et émergentes qui représentent un défi pour le droit à des conditions de travail sûres et saines.

#### **Organisation de la prévention des risques professionnels**

Le Comité a précédemment estimé que la situation était conforme à cet égard (Conclusions 2013).

#### **Amélioration de la sécurité et de la santé au travail**

Le Comité a précédemment estimé que la situation était conforme à cet égard (Conclusions 2013).

## **Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs**

Le Comité a précédemment estimé que la situation était conforme à cet égard (Conclusions 2013).

### **COVID-19**

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

Le rapport mentionne que l'Autorité suédoise de l'environnement de travail (SWEA) fournit des informations et des règlements sur la sécurité et la santé au travail concernant la propagation de la maladie de la covid-19. À cet égard, le rapport indique qu'en Suède, les employeurs sont chargés de veiller à ce que leurs travailleurs reçoivent des informations sur les équipements de protection et sur les risques pour la sécurité et la santé au travail.

Le rapport indique que l'Autorité a pris des mesures pour garantir l'utilisation de certains équipements de protection individuelle (EPI) sans marquage CE uniquement lorsque des EPI avec marquage CE ne sont pas disponibles. Le rapport informe également que le gouvernement a décidé de modifier une ordonnance sur les équipements de protection individuelle, de sorte que les instructions d'utilisation des équipements marqués CE ne doivent plus être fournies en suédois, mais dans une langue facile à comprendre pour l'utilisateur final.

Le rapport détaille les chiffres concernant l'augmentation des maladies liées au travail pour les six premiers mois de 2020.

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 Suède est conforme à l'article 3§1.

**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 la Suède.

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.

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

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

Dans sa question ciblée posée au titre de l'article 3§2, le Comité a demandé des informations sur les mesures réglementaires adoptées pour améliorer la sécurité et l'hygiène professionnelles dans le contexte de situations changeantes ou nouvelles telles que l'économie numérique et des plateformes. Ces mesures pouvaient par exemple concerner la stricte limitation et réglementation du suivi électronique des travailleurs, la reconnaissance du droit à la déconnexion, le droit à être indisponible en dehors des heures de travail et des périodes d'astreinte convenues, ainsi que la déconnexion numérique obligatoire du milieu de travail pendant les périodes de repos. Le Comité a également demandé des informations sur la réglementation adoptée en vue de répondre aux nouveaux risques qui se profilent dans le milieu professionnel.

Le rapport fournit un aperçu des modifications apportées au cadre réglementaire au cours de la période de référence, telles que les modifications à la loi relative à l'environnement de travail (1977 :1160) et les dispositions publiées par l'Autorité suédoise pour le milieu de travail (SWEA). Le rapport indique que le 31 mars 2016, les nouvelles dispositions de la SWEA relatives aux aspects organisationnels et sociaux de l'environnement de travail sont entrées en vigueur (AFS 2015 :4). Elles s'appliquent à toutes les activités au cours desquelles les travailleurs effectuent des travaux pour le compte de l'employeur. Les dispositions portent sur les exigences en matière de connaissances, les objectifs, la charge et le temps de travail, ainsi que les reprécisions au travail.

Le rapport indique que, conformément à la loi relative à l'environnement de travail, l'employeur doit systématiquement planifier, diriger et surveiller les activités de manière à ce que l'environnement de travail réponde aux exigences prescrites pour établir un bon environnement de travail. L'employeur doit enquêter sur les accidents du travail, examiner en permanence les risques liés aux activités et prendre les mesures nécessaires. Un calendrier doit être établi pour les mesures qui ne peuvent être prises immédiatement. Les blessures graves et liées au travail doivent être signalées à la SWEA.

Le rapport indique en outre que la directive 2004/40/CE du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à l'exposition des travailleurs aux risques dus aux agents physiques (champs électromagnétiques) et la directive 2008/46/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 avril 2008 modifiant la Directive 2004/40/CE précitée ont été abrogées.

Le Comité constate que le rapport ne fournit aucune des informations demandées en réponse à la question ciblée. 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 Suède soit conforme à l'article 3§2 de la Charte sur ce point.

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

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

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

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

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

### ***Mise en place, modification et entretien des postes de travail***

Le Comité a précédemment jugé la situation conforme à cet égard mais a demandé des informations sur les mesures de mise en œuvre 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 (Conclusions 2013).

Le rapport indique qu'aucune nouvelle mesure législative n'était nécessaire pour la mise en œuvre 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.

### ***Protection contre les substances et agents dangereux***

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

### ***Champ d'application personnel des règlements***

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

### ***Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs***

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

### *Conclusion*

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 remis par la Suède.

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 »).

Dans sa conclusion précédente, le Comité a jugé que la situation de la Suède était conforme à l'article 3§3 de la Charte (Conclusions 2013). Son évaluation portera donc sur les informations fournies par le gouvernement en réponse aux questions ciblées.

#### ***Accidents du travail et maladies professionnelles***

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 le nombre d'accidents mortels au travail, qui avait augmenté entre 2016 et 2018 (de 37 à 50), a diminué en 2019 pour atteindre 36. Le taux d'incidence des accidents mortels au travail était de 0.77 en 2016, 0.9 en 2017, 1.01 en 2018 et 0.9 en 2019. Les données d'EUROSTAT confirment ces chiffres qui restent nettement inférieurs aux taux moyens observés dans l'UE-27 (1.84 en 2016, 1.79 en 2017 et 1.77 en 2018).

Le rapport indique également que le nombre d'accidents du travail entraînant un arrêt médical est resté plutôt stable entre 2016 et 2018 (passant de 34,555 en 2016 à 34,524 en 2017 et 34,903 en 2018) mais a augmenté en 2019 (36,048). Les taux d'incidence de ce type de blessures (pour 1,000 salariés) sont restés les mêmes pendant la période de référence (égaux à 7 de 2016 à 2019). Les données d'EUROSTAT confirment ces chiffres. En effet, les taux d'incidence des accidents non mortels (nombre d'accidents pour 100,000 salariés) étaient de 791 en 2016, 753 en 2017, 739 en 2018 et 814 en 2019. Ces chiffres sont inférieurs à la moyenne de l'UE-27 au cours de la période de référence, soit 1718 en 2016 et 1659 en 2018.

Le rapport indique que les informations fournies par l'Autorité suédoise pour l'environnement de travail (SWEA), responsable des données statistiques, ne comprennent pas de données concernant le suicide ou d'autres formes d'automutilation, le syndrome de stress post-traumatique, l'épuisement professionnel et les troubles liés à l'alcool ou à d'autres substances spécifiquement liées au travail.

Quant aux maladies professionnelles, le rapport indique une diminution du nombre de cas entre 2016 et 2018 (passant de 11,645 cas en 2016 à 10,228 en 2017 et 8,873 en 2018) et une augmentation en 2019 (10,607).

Le rapport ne fournit pas d'informations (demandées dans le cadre de la première question ciblée) sur les études épidémiologiques menées pour évaluer l'impact à long terme des nouveaux emplois à haut risque sur la santé. Il n'en présente pas non plus sur les victimes de harcèlement au travail et la mauvaise gestion. Le Comité réitère sa demande à cet égard. Il réitère également sa demande d'informations sur les données relatives au suicide ou à d'autres formes d'automutilation, au syndrome de stress post-traumatique, à l'épuisement professionnel et aux troubles liés à la consommation d'alcool ou d'autres substances spécifiquement liées au travail. 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.

### ***Activités de l'Inspection du travail***

Le Comité a précédemment examiné la situation en ce qui concerne les activités de l'Inspection du travail et a conclu, en attendant les informations demandées, que la situation de la Suède était conforme à l'article 3§3 de la Charte (Conclusions 2013).

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 contrôles, le nombre d'infractions aux règlements de santé et de sécurité, ainsi que la nature et le type de sanctions infligées et la question de savoir si les inspecteurs sont habilités à contrôler tous les lieux de travail, notamment les locaux d'habitation, dans tous les secteurs de l'économie.

En réponse, le rapport indique que l'Autorité suédoise pour l'environnement de travail (SWEA), qui est l'autorité centrale chargée des questions relatives à l'environnement de travail en Suède, édicte des règlements, recueille des statistiques nationales, supervise les lieux de travail et diffuse des informations et des renseignements sur les risques et la réglementation. Les propositions de nouveaux règlements font l'objet d'une consultation publique avant d'être prises en compte par l'autorité.

Le rapport indique que le gouvernement a alloué des ressources croissantes au domaine de l'environnement de travail. Un total de 100 millions de couronnes suédoises (9.

7 millions €) par an a été investi entre 2015 et 2018. Au cours de la même période, le gouvernement a augmenté la dotation de la SWEA d'environ 110 millions de SEK (10.7 millions €), notamment pour permettre l'embauche d'un nombre plus important d'inspecteurs. L'augmentation des crédits a permis à la SWEA d'employer plus de 150 nouveaux inspecteurs et le nombre d'inspections a donc augmenté.

Selon le rapport, le nombre d'inspections est passé de 18,100 en 2016 à 27,715 en 2019. Le Comité note également que le nombre d'arrêts de travail en situation d'urgence est passé de 79 en 2016 à 86 en 2019, ainsi que le nombre de poursuites engagées (de 146 en 2016 à 199 en 2019), le nombre d'injonctions et d'interdictions (de 742 en 2016 à 1 806 en 2019) et le nombre d'amendes conditionnelles infligées (de 49 en 2016 à 89 en 2019).

Certes, le rapport indique que de nouveaux inspecteurs renforcent l'Inspection du travail mais il ne fournit pas davantage d'informations sur les ressources humaines de l'Inspection et le nombre d'inspecteurs, ni sur la proportion de salariés et d'entreprises visés par les contrôles. Selon les données d'ILOSTAT, le nombre d'inspecteurs était de 299 en 2017 et de 296 en 2018. Le nombre d'inspecteurs pour 10,000 personnes salariées était de 0.6 en 2016 et 2017.

Le Comité réitère sa demande d'informations sur les ressources humaines de l'Inspection du travail, notamment le nombre d'inspecteurs, et sur la proportion de salariés et d'entreprises visés par les contrôles. Il 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.

En réponse à la question ciblée de savoir si les inspecteurs du travail ont le droit de contrôler tous les lieux de travail, y compris les locaux d'habitation, dans tous les secteurs de l'économie, le rapport indique que la loi sur l'environnement de travail s'applique à toutes les activités dans lesquelles les employés exécutent un travail pour le compte d'un employeur. L'autorité de contrôle doit avoir accès aux lieux de travail et peut mener des enquêtes et y prélever des échantillons.

#### *Conclusion*

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

## **Article 11 - Droit à la protection de la santé**

### *Paragraphe 1 - Elimination des causes d'une santé déficiente*

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Suède et des commentaires soumis par Amnesty International le 30 juin 2021.

Il rappelle qu'aux fins du présent examen, il a été demandé aux États de répondre aux questions ciblées posées au titre de l'article 11§1 (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 précédente conclusion, le Comité a estimé que la situation en Suède était conforme à l'article 11§1 de la Charte (Conclusions 2013). Son évaluation portera donc uniquement 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 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.

### **Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible**

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

En réponse à la question ciblée du Comité concernant les données sur l'espérance de vie dans tout le pays et entre les différents groupes de population, le rapport fournit des statistiques sur l'espérance de vie moyenne en Suède. Il indique que, selon les données officielles couvrant la période 2016-2020, l'espérance de vie à la naissance était de 80,8 ans pour les hommes et de 84,3 ans pour les femmes. Selon les données de la Banque mondiale, en 2019, l'espérance de vie à la naissance était de 83 ans en moyenne (la moyenne dans l'Union européenne à 27 était de 81,3 ans en 2019), soit de 84,7 ans pour les femmes (84,1 en 2015) et de 81,3 ans pour les hommes (80,4 en 2015). Toujours selon les données de la Banque mondiale, le taux de mortalité pour 1 000 habitants a diminué, passant de 9,2 décès en 2015 à 8,6 en 2019.

Le rapport indique que les statistiques sur l'espérance de vie à la naissance ne sont pas disponibles pour les minorités ethniques car l'appartenance à ces groupes n'est pas enregistrée dans les données officielles. L'espérance de vie restante à l'âge de 30 ans est de 51,5 ans pour les hommes nés en Suède et de 50,6 ans pour les hommes nés à l'étranger, de 54,7 ans pour les femmes nées en Suède et de 54,5 ans pour les femmes nées à l'étranger. Les années de vie restantes à l'âge de 30 ans diffèrent quelque peu en fonction du niveau d'éducation. Pour les Suédois ayant quitté l'école avant le lycée, l'espérance de vie restante est de 49,3 ans. Elle est de 52,8 ans pour les citoyens bacheliers et 55,6 ans pour ceux d'entre eux qui ont fait des études supérieures. Le Comité rappelle que la collecte et l'analyse des données statistiques (dans le respect de la vie privée et sans

commettre d'abus) est indispensable pour formuler une politique rationnelle visant à protéger des groupes particulièrement vulnérables ou à réduire un phénomène particulier (voir, mutatis mutandis, CEDR c. Italie, réclamation n 27/2004, décision sur le bien-fondé du 7 décembre 2005, par. 23 ; CEDR c. Grèce, réclamation n°1 5/2003, décision sur le bien-fondé du 8 décembre 2004, par. 27 ; Conclusions 2005, France, article 31§2, p. 287). En conséquence, le Comité réitère sa demande d'informations statistiques sur les groupes ethniques.

Le rapport indique également qu'en Suède, le plus grand écart d'espérance de vie entre les sexes, examiné selon la commune de résidence, est de 7,5 ans pour les hommes et de 6,1 ans pour les femmes. L'écart le plus grand se situe dans les communes de Filipstad (l'espérance de vie étant de 76,6 ans pour les hommes et de 82,9 ans pour les femmes) et de Danderyd (86,6 ans d'espérance de vie pour les femmes et 84,1 ans pour les hommes). D'après les données relevées dans 290 communes suédoises, classées en neuf groupes différents (communes rurales, communes de banlieue proches de petites villes, communes de banlieue proches de villes de taille moyenne, petites villes, grandes villes, villes moyennes et communes de banlieue proches de grandes villes), l'espérance de vie à la naissance diffère de près de cinq ans entre les sexes et s'élève à 84,9 ans pour les femmes de banlieues proches de grandes villes et à 79,7 ans pour les hommes vivant dans des communes rurales.

Le rapport ne fournit pas d'informations sur l'espérance de vie parmi les différents groupes ethniques et les minorités, ni sur les sans-abri et les chômeurs de longue durée, ni sur la prévalence de maladies particulières dans les groupes concernés, comme les nouveaux cas de VIH ou d'hépatite C parmi les toxicomanes ou les détenus. Le Comité réitère donc sa demande d'informations sur ces points.

### **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 de mortalité infantile et maternelle.

Dans sa réponse, le rapport indique qu'en 2018, la mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes était de 2. Selon les données de la Banque mondiale, le taux de mortalité infantile a diminué, passant de 2,3 en 2015 à 2,1 en 2019 (le taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes était de 3,4 en 2019 dans l'Union européenne). Le rapport ne fournit aucune information sur la mortalité maternelle, mais selon les données de la Banque mondiale, le taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes était de 4 en 2017 (il était de 6 en 2017 dans l'Union européenne). Le Comité réitère donc sa demande de statistiques sur la mortalité maternelle.

Le rapport indique également que l'accès à la contraception et les conseils en la matière sont généralement bons et que les méthodes contraceptives sont gratuites pour les femmes de moins de 21 ans.

Le Comité demande des informations sur les mesures prises pour garantir l'accès des femmes et des filles aux méthodes de contraception moderne. Il demande également à être informé de 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) pour les femmes de plus de 21 ans.

Le rapport indique qu'en 2017, 37 000 avortements ont été pratiqués en Suède, soit 20 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans. Le nombre d'avortements précoces (avant la fin de la septième semaine) n'a cessé d'augmenter et, en 2017, 55 % de tous les avortements étaient des avortements précoces. En outre, 93 % de tous les avortements en 2017 étaient

des avortements médicamenteux. L'avortement est le plus fréquent dans la catégorie d'âge des 25-29 ans, suivie par la catégorie des 20-24 ans.

Le Comité demande également des informations sur le coût de l'intervention et sur ses conditions de remboursement total ou partiel par l'Etat.

Le rapport indique qu'en 2018, le gouvernement a chargé l'Agence de santé publique d'élaborer une stratégie nationale pour la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation, avec pour vision et objectif de contribuer à une culture du consentement dans ces domaines.

Le rapport indique que le nombre de grossesses précoces est en baisse en Suède. Sur la période 2013-2018 les enfants nés de femmes de moins de 18 ans varient entre 216 et 324 enfants.

Dans ses commentaires sur le rapport, Amnesty International a déclaré que les citoyens européens vulnérables, et en particulier les Roms, sont confrontés à des obstacles majeurs pour accéder aux services de santé de base en Suède, et s'ils reçoivent un traitement, ils reçoivent également des factures qu'ils ne sont pas en mesure de payer. Le gouvernement autorités n'ayant fait aucun commentaire sur ce sujet, le Comité demande à être informé sur l'accès des Roms aux soins de santé. Il souhaite également connaître le coût de leurs traitements, et savoir s'ils sont remboursés par l'État en totalité ou en partie, et à quelles conditions.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur la part des dépenses de santé publique dans le PIB.

Le Comité renvoie à la question générale qu'il a posée dans l'Introduction générale au sujet du droit à la protection de la santé des personnes transgenres. Il rappelle que le respect de l'intégrité physique et psychologique fait partie intégrante du droit à la protection de la santé garanti par l'article 11. L'article 11 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. Tout type de traitement médical qui n'est pas nécessaire peut être considéré comme contraire à l'article 11, si l'obtention de l'accès à un autre droit est subordonnée au fait de s'y soumettre (*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, y compris 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 de l'homme. Il rappelle aussi qu'aucun traitement médical mis en œuvre sans le consentement éclairé de l'intéressé (sauf strictes exceptions) ne saurait être conforme à l'intégrité physique ni au 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 à l'autonomie et à 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 (à la fois en termes de disponibilité et d'accessibilité). Il demande si la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres exige (en droit ou en pratique) qu'elles subissent une stérilisation ou tout autre traitement médical qui pourrait nuire à leur santé ou à leur intégrité physique et psychologique. Le Comité invite également les États à fournir des informations sur les mesures prises pour que l'accès aux soins de santé en général, notamment à la santé sexuelle et génésique, 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). En réponse, le rapport indique que la loi sur les patients (2014 :821) garantit un consentement éclairé et prévoit que les soignants doivent informer pleinement les patients sur leur état de santé, sur les différentes options en matière d'examen médicaux, de soins de santé et de traitements, sur les aides disponibles, sur les délais à prévoir avant l'administration des soins, sur l'objectif des soins et des traitements, sur les risques de complications ou d'effets indésirables, sur la manière dont les éventuels soins de suivi seront organisés, sur les méthodes disponibles pour prévenir les blessures ou les maladies, et sur la manière de se renseigner pour obtenir des soins dans un autre pays de l'Espace économique européen ou en Suisse.

### ***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 prendre en charge les malades (au regard de l'article 11§3).

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

Le rapport indique que les services de santé ont dû procéder à une réorganisation afin d'augmenter considérablement la capacité de soins intensifs. Les régions ont également dû s'adapter en vue d'augmenter les capacités d'accueil en soins intermédiaires pour les patients gravement malades mais ne nécessitant pas de soins intensifs.

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

Le Comité rappelle que l'accès aux soins de santé doit être assuré à tous sans discrimination. Cela implique que les soins de santé en cas de pandémie doivent être effectifs et abordables pour tous, et que les États doivent garantir que les groupes particulièrement exposés à de hauts risques, tels que les sans-abri, les pauvres, les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes vivant en institution, les personnes détenues en prison et les personnes en situation irrégulière sont protégés de manière appropriée par les mesures sanitaires mises en place. De plus, les États doivent prendre des mesures spécifiques bien ciblées pour garantir l'exercice du droit à la protection de la santé des personnes dont le travail (formel ou informel) les expose à un risque particulier d'infection (Observation interprétative sur le droit à la protection de la santé en temps de pandémie, 21 avril 2020).

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

### ***Conclusion***

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Suède 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 Suède.

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 précédente conclusion, le Comité a considéré que la situation de la Suède était conforme à l'article 11§2 de la Charte (Conclusions 2013).

### ***Éducation et sensibilisation de la population***

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

En réponse à la question ciblée, le rapport renvoie au rapport précédent.

Au niveau communautaire, le rapport précédent faisait référence à la création d'un forum pour la coopération nationale en matière de promotion de la santé (Conclusions 2013). Le Comité a précédemment demandé des informations sur les activités entreprises par le forum. Le rapport ne contient pas les informations demandées. Par conséquent, le Comité réitère sa demande.

Au niveau des écoles, le rapport précédent indiquait que des mesures étaient en place pour promouvoir l'activité physique et des habitudes alimentaires saines dans le milieu scolaire. En ce qui concerne l'éducation sexuelle et génésique, le rapport précédent indiquait qu'en vertu du programme de la scolarité obligatoire (Lgr 11), les directeurs d'école sont chargés de veiller à ce que tous les élèves reçoivent une éducation sexuelle et relationnelle. Le curriculum spécifie le contenu de l'enseignement pour différentes matières, y compris les sciences sociales et la biologie. L'enseignement vise à informer et à discuter des questions concernant la santé sexuelle, la reproduction, les maladies sexuellement transmissibles et la sexualité, l'identité, l'égalité, les relations et l'amour. Le rapport précédent mentionnait également les formations sur ces sujets proposées par l'Agence nationale pour l'éducation.

Compte tenu de ce qui précède, le Comité réitère sa question ciblée. 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 Suède soit conforme à l'article 11§2 de la Charte sur ce point.

Dans ses questions ciblées, le Comité a également demandé des informations sur la sensibilisation et l'éducation en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre (OSIG) et de violence fondée sur le genre. En réponse, le rapport fait référence au rapport précédent. Le Comité considère que celui-ci n'apporte pas de réponse à la question ciblée et réitère sa demande. Il souligne que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Suède soit conforme à l'article 11§2 de la Charte sur ce point.

### ***Consultations et dépistage des maladies***



Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la situation de la Suède était conforme à l'article 11§2 en ce qui concerne les services de consultation et de dépistage disponibles pour les femmes enceintes et les enfants (Conclusions 2013).

Le Comité a précédemment noté que la population suédoise a accès à des programmes de dépistage gratuits pour le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus (Conclusions 2013). Il a également noté qu'en 2014, une décision sur le dépistage du cancer colorectal devait être prise. Le Comité a également pris note que le Conseil national de la santé et du bien-être conseillait de ne pas procéder au dépistage du cancer de la prostate car le test actuel n'était pas suffisamment fiable. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur la politique de dépistage du cancer colorectal et de la prostate.

#### *Conclusion*

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

## **Article 11 - Droit à la protection de la santé**

### *Paragraphe 3 - Prévention des maladies et accidents*

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

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

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

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

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

### ***Services de santé dans les lieux de détention***

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

Le Comité note que les informations demandées n'ont pas été fournies. Il réitère par conséquent sa demande et considère que dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Suède soit conforme à l'article 11§3 de la Charte.

### ***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 explique qu'en Suède, le processus de développement de services de santé mentale de proximité et de transition entre l'ancien système fondé sur de grandes institutions vers ces nouvelles structures a, compte tenu de sa nature, été long, dans la mesure où il nécessitait de nouvelles compétences, une coordination intersectorielle et une transformation des attitudes et des valeurs de la société. Une stratégie nationale

quinquennale en matière de santé mentale a été adoptée en 2016. Le rapport fournit également des informations sur les financements reçus par les autorités locales pour développer des services de santé mentale de proximité. Le Comité demande des informations sur les activités menées et les résultats obtenus dans le cadre de la Stratégie nationale 2016-2020 en faveur de la santé mentale.

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

Le Comité demande des informations plus précises sur certains éléments de la question ciblée, à savoir concernant l'existence et l'étendue des services de soins de santé mentale de proximité et le processus de fermeture/réduction du nombre d'hôpitaux et d'unités psychiatriques de long séjour.

### ***Prévention de la toxicomanie et réduction des risques***

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

Le rapport inclut une analyse de la prévalence et de l'évolution de l'usage de drogues en Suède. Il précise que le nombre de décès liés à la drogue et de cas d'hépatites C parmi les consommateurs de drogues par injection a diminué pendant la période de référence.

Le Comité renvoie aux dernières observations finales du Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR, 2016), dans lesquelles ce dernier s'est dit préoccupé par l'accès limité des détenus aux traitements de substitution aux opiacés, par la prévalence de l'hépatite C parmi les consommateurs de drogues par injection et par l'augmentation du taux de décès par surdose. Dans son dernier rapport, le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants a constaté que la Suède manquait d'une politique globale d'assistance aux détenus toxicomanes comprenant des mesures de réduction des risques (CPT, 2021).

Le Comité renouvelle sa demande d'informations concernant les mesures prises pour améliorer la prise en charge des détenus ayant un problème de toxicomanie, notamment par des approches fondées sur la prévention et la réduction des risques.

### ***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 Comité note que les informations demandées ne sont pas communiquées, mais qu'il est, à la place, fait référence aux précédents rapports. Le Comité note qu'il a précédemment constaté que la situation de la Suède en matière d'environnement était conforme à la Charte révisée.

### ***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 n'aborde pas cette question.

### ***Covid-19***

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

Le rapport met l'accent sur les efforts déployés pour renforcer la capacité du système de soins de santé à faire face aux défis particuliers posés par la pandémie de covid-19.

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

### ***Conclusion***

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Suède est conforme à l'article 11§3 de la Charte.

## **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 Suède.

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

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a estimé que la situation était conforme à la Charte en ce qui concerne la couverture personnelle des risques de sécurité sociale. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations à jour sur le pourcentage de la population couverte par les prestations de soins de santé et les prestations familiales, ainsi que le pourcentage de la population active couverte par les prestations servies en remplacement des revenus (vieillesse, chômage, maladie).

### **Caractère suffisant des prestations**

Le Comité relève dans les données Eurostat que le montant correspondant à 50 % du revenu équivalent médian était de 1 020 € en 2019.

Le Comité rappelle qu'au regard de l'article 12§1, les prestations prévues par les différentes branches de sécurité sociale doivent être d'un niveau suffisant ; il faut en particulier veiller à ce que celles versées en remplacement des revenus ne soient pas si faibles qu'elles fassent basculer leurs bénéficiaires dans la pauvreté. En outre, le montant des prestations doit se situer dans une proportion raisonnable du salaire précédemment perçu et ne doit jamais tomber en-deçà du seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu équivalent médian, calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté d'Eurostat (*Finnish Society of Social Rights* c. Finlande, réclamation n° 88/2012, décision sur le bien-fondé du 9 septembre 2014, paragraphes 59 à 63).

En ce qui concerne le recours aux prestations complémentaires, le Comité rappelle qu'il appartient aux États parties de démontrer que les prestations complémentaires sont effectivement servies à tous ceux qui perçoivent des prestations de sécurité sociale inférieures au seuil de 50 %. Lorsque le niveau minimum d'une prestation servie en remplacement des revenus tombe sous la barre des 40 % du revenu équivalent médian, le Comité n'estimera pas que son cumul avec d'autres prestations peut mettre la situation en conformité et juge que ce niveau est manifestement insuffisant (voir *Finnish Society of Social Rights* c. Finlande, requête n° 88/2012, op.cit., §64, et aussi Conclusions 2013, Finlande, article 12§1). Il réitère à cet égard son point de vue de longue date selon lequel le recours à des prestations complémentaires revêtant un caractère d'assistance sociale ne doit pas faire du système de sécurité sociale un simple dispositif d'assistance sociale minimale (Observation interprétative de l'article 12, Conclusions XIV-1 (1998)).

En ce qui concerne les prestations de maladie, dans sa conclusion précédente (Conclusions 2015), le Comité demandait que le prochain rapport contienne des exemples des taux de prestations de maladie types pour les catégories de travailleurs à plein temps les moins bien rémunérés du marché du travail (par exemple, la main-d'œuvre non qualifiée) sur une base journalière, hebdomadaire et mensuelle. Il demandait également de préciser si les personnes touchant des prestations de maladie ordinaires pouvaient avoir droit à l'une quelconque des autres prestations complémentaires mentionnées (allocations de logement, assistance sociale, etc.) et dans l'affirmative, dans quelles conditions et circonstances, si possible en fournissant des exemples type.

Le Comité relève à cet égard dans le rapport qu'en février 2016, le plafond précédent de 914 jours consécutifs pour toucher des prestations maladie en espèces a été supprimé. Il n'y a donc plus aucun délai dans le temps. Le montant minimum des prestations de maladie en espèces était de 22 couronnes suédoises (SEK) par jour (2,15 €). Les personnes à faible revenu peuvent être éligibles à une aide financière de la municipalité ou des services

sociaux. Pour bénéficier d'indemnités de maladie, la personne doit être couverte par une assurance liée à son activité professionnelle, avoir un revenu supérieur à 24 % du « montant de base des prix », soit environ 11 000 SEK par an, et être enregistrée auprès de l'organisme suédois de sécurité sociale. Le montant journalier le plus élevé possible était de 791 SEK (77,4 €) et de 543 SEK (53 €, en cas de chômage, au 31 décembre 2019).

Selon le rapport, il existe une aide ménagère et une aide au logement complémentaire. Cette dernière couvre jusqu'à 96 % des frais de logement jusqu'à 5 000 SEK (soit 490 €). L'octroi de cette allocation complémentaire est soumis à condition de ressources. Le Comité considère toutefois que le rapport ne fournit pas d'informations concernant le montant des prestations de maladie type pour les catégories les moins bien rémunérées, ni des compléments dont elles peuvent être assorties. Par conséquent, il considère qu'il n'a pas été établi que le niveau minimum de la prestation de maladie est suffisant.

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2015), le Comité avait conclu que la situation n'était pas conforme à la Charte au motif que les indemnités de chômage de base étaient manifestement insuffisantes. Il constate que le rapport ne donne aucune information à ce sujet. Le Comité relève dans la base de données MISSOC que les prestations servies en remplacement du revenu (*inkomstbortfallsförsäkring*) s'élèvent à 80 % du revenu de référence, versé pendant 200 jours, puis à 70 % de ce revenu pendant 100 jours. Le montant maximum s'établissait à 910 SEK (94 €) par jour pour les 100 premiers jours et à 760 SEK (78 €) pour les jours restants. En ce qui concerne l'assurance de base (*grundförsäkring*), elle s'élevait à 365 SEK (38 €) par jour en 2019. Le Comité note que ce montant, calculé sur une base mensuelle, à raison de 5 jours par semaine, est inférieur à 40 % du revenu équivalent médian. Par conséquent, le Comité estime que cette allocation n'est pas d'un niveau suffisant.

#### *Conclusion*

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

- il n'est pas établi que le niveau minimum de la prestation de maladie soit suffisant ;
- le montant de l'assurance de base (indemnités de chômage) est insuffisant.

## **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 Suède.

Le Comité rappelle que la Suède a ratifié le Code européen de sécurité sociale et son Protocole le 25 septembre 1965, et a accepté les parties II à V et VII à X du Code.

Le Comité relève dans la Résolution CM/ResCSS(2020)18 sur l'application du Code européen de sécurité sociale et de son Protocole par la Suède (période du 1<sup>er</sup> juillet 2018 au 30 juin 2019) que la législation et la pratique de la Suède continuent à donner pleinement effet aux parties II et VIII du Code et aux parties III, IV et VII du Code, telles que modifiées par le Protocole, et qu'elles assurent aussi l'application des parties V, IX et X du Code, telles que modifiées par le Protocole, sous réserve que les taux de remplacement des prestations soient mis en conformité avec le Protocole.

### *Conclusion*

Le Comité conclut que la situation de la Suède 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 Suède.

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

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

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

### **Travailleurs des plateformes numériques**

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

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

Dans son rapport, le Gouvernement indique que les travailleurs des plateformes numériques sont considérés soit comme des salariés, soit comme des travailleurs indépendants. Dans ce dernier cas, la réglementation concernant les travailleurs indépendants est applicable. Ainsi, le régime d'assurance-chômage couvre tant les salariés que les travailleurs indépendants ; il ne contient aucune règle spécifique pour les personnes dont le travail est géré par des plateformes numériques. Ces personnes ont donc droit aux allocations de chômage conformément aux règles et conditions applicables aux salariés et aux travailleurs indépendants.



D'autres sources confirment que le système de sécurité sociale s'applique – mais avec des différences – aux salariés et aux travailleurs indépendants. Elles soulignent toutefois certaines insuffisances dans la protection sociale des travailleurs des plateformes et préconisent des modifications pour l'adapter à l'économie « à la demande » (voir par exemple A. Westregård, *Protection of platform workers in Sweden, Part 2 Country report, Nordic future of work project 2017-2020 : Working paper 12. Pillar VI*. Fafo 2020).

Le Comité relève que le Gouvernement n'a pas fourni d'informations précises au sujet de la couverture sociale des travailleurs des plateformes numériques. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations détaillées et actualisées sur le nombre de travailleurs des plateformes numériques/leur proportion (pourcentage) par rapport au nombre total de travailleurs, leur statut (salariés, indépendants et/ou autre catégorie), le nombre/pourcentage de ces travailleurs par statut ainsi que la couverture sociale dont ils bénéficient (par statut).

### **Covid-19**

En réponse à la seconde question, le Gouvernement indique qu'en 2020, un certain nombre de modifications temporaires ont été apportées au cadre législatif aux fins de répondre aux besoins créés par la pandémie et réduire les effets de la pandémie. Parmi les mesures prises figurent notamment le versement d'indemnités, d'allocations ou d'autres aides financières : aux salariés et aux travailleurs indépendants pour compenser la « déduction de qualification aux indemnités », au début d'une période de maladie ; aux employeurs pour compenser le coût des indemnités de maladie à leur charge ; à divers groupes à risque pour compenser les pertes de revenus ; aux familles bénéficiant de l'allocation de logement ; aux parents en cas de fermeture des écoles.

Le Gouvernement ajoute que l'assurance-chômage a fait l'objet d'amendements temporaires dans le but d'assurer un soutien économique aux personnes ayant perdu leur emploi ou diminué leur activité en raison de la crise liée à la covid-19. Ces amendements ont porté sur, *inter alia* : l'allègement des conditions à remplir pour avoir droit aux allocations de chômage (durée d'activité et durée d'affiliation) ; l'augmentation des montants les plus bas versés par les caisses d'assurance-chômage (tant l'allocation de base que l'allocation liée au revenu) ; la suppression du délai de carence ; des possibilités accrues, pour les travailleurs indépendants, de percevoir les allocations de chômage.

### *Conclusion*

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

## **Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale**

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

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

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

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

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

Dans sa conclusion précédente (2013), le Comité a conclu que la situation en Suède était conforme à l'article 13§1 de la Charte.

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

Le rapport indique que les municipalités suédoises peuvent fournir une assistance sociale qui est une aide financière en vertu de la loi sur les services sociaux (2001). L'aide sociale est une solution temporaire pour soutenir les citoyens qui ont des difficultés financières temporaires jusqu'à ce qu'ils atteignent un niveau d'autosuffisance. Une personne ayant peu ou pas de revenus peut recevoir une aide pour l'entretien et pour d'autres articles nécessaires pour avoir un niveau de vie raisonnable. L'aide à l'entretien individuel est appelée aide à la subsistance et consiste en un standard (le standard national) plus des coûts raisonnables pour d'autres besoins communs tels que le logement et l'électricité domestique. Une partie de l'aide à la subsistance est destinée à couvrir les coûts de l'alimentation, des vêtements et des chaussures, des loisirs et des hobbies, de l'hygiène, de l'assurance pour les enfants et les jeunes, des biens de consommation, des journaux et du téléphone. L'autre partie de l'allocation de subsistance est destinée à couvrir les coûts du logement, de l'électricité, de l'assurance habitation, des cotisations syndicales et de l'assurance chômage. Les éléments qui ne sont pas inclus dans l'aide au revenu sont les autres frais de subsistance. Ils ne font pas partie de l'aide au revenu mais sont jugés nécessaires. Les autres aides financières sont destinées à couvrir les coûts qui surviennent de temps à autre. Il s'agit par exemple des coûts liés aux lunettes, aux soins dentaires, aux traitements médicaux et aux médicaments, aux contacts avec les enfants, aux frais de déménagement et aux frais funéraires.

La loi sur les services sociaux met l'accent sur la responsabilité de l'individu face à sa situation. Une personne demandant une aide sociale doit être disponible sur le marché du travail si elle est en état de travailler. Si la personne n'est pas en état de travailler, un certificat médical est nécessaire concernant la capacité de travail réduite. L'allocation d'aide sociale est la même pour toutes les municipalités et est basée sur la norme nationale.

En ce qui concerne l'assistance médicale, elle est largement financée par les impôts, un système qui garantit à tous, y compris aux personnes sans ressources, un accès égal aux services de santé.

### ***Niveaux de prestations***

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

- Prestation de base : selon la base de données MISSOC (données jusqu'au 31 décembre 2019), le montant mensuel de l'aide sociale couvrant les dépenses d'alimentation, d'habillement et de chaussures, de santé et d'hygiène, de journal quotidien, de redevance téléphonique et de télévision s'élevait à 4 170 SEK (429 €) en 2019 pour une personne seule.
- Prestations complémentaires : le Comité note du MISSOC que pour les dépenses communes des ménages, un montant spécial est ajouté à la prestation de base en fonction de la taille du ménage. Une personne seule a reçu 99 € en 2019 et, en plus de ces montants, une aide peut également être apportée pour des dépenses raisonnables de logement, de fourniture d'électricité domestique, de déplacement entre le domicile et le lieu de travail, d'assurance ménage, d'adhésion à un syndicat et à une caisse d'assurance chômage.
- le seuil de pauvreté, défini comme 50 % du revenu équivalent médian et calculé sur la base de la valeur du seuil de risque de pauvreté d'Eurostat, a été estimé à 1 020 € par mois en 2019.

Le rapport indique que le montant moyen qui a été fourni par l'assistance sociale était de 8 275 SEK (environ 827 €), couvrant l'allocation de base et l'allocation logement, plus 99 € en 2019, plus les coûts couvrant le logement, l'électricité et l'assurance habitation. Il n'existe cependant aucune donnée sur le montant des coûts supplémentaires couverts et le Comité demande au prochain rapport de fournir des exemples et des données spécifiques sur le montant moyen perçu par mois par une personne seule bénéficiant de l'aide sociale. DEn attendant, le Comité réserve sa position.

### ***Droit de recours et aide judiciaire***

Le Comité note qu'il n'y avait pas des questions ciblées sur le droit de recours et aide judiciaire. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur le droit d'appel et l'assistance juridique.

### ***Champ d'application personnel***

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

#### **Ressortissants étrangers légalement présents sur le territoire**

Dans sa précédente conclusion (conclusion 2013), le Comité a reporté son avis sur la question de savoir si la situation était conforme à l'article 13§1 de la Charte dans la mesure où les ressortissants d'autres États parties étaient soumis à des conditions supplémentaires, telles qu'une exigence de durée de résidence excessive pour pouvoir bénéficier de l'aide sociale. Le Comité demande de confirmer que tous les résidents légaux n'ont pas seulement droit à l'aide d'urgence, mais à toute la gamme d'aide sociale et médicale disponible pour les ressortissants nationaux. Le Comité note, selon le MISSOC, que toutes les personnes ayant le droit de rester dans le pays ont droit à l'assistance sociale et médicale. Aucune résidence permanente n'est requise. Les réfugiés ont droit à l'assistance sociale au même titre que les autres résidents tant que le permis de séjour est valide, tandis que les demandeurs d'asile n'ont pas droit à l'assistance sociale pour l'aide à la subsistance et au logement (car ils reçoivent plutôt une allocation de l'État). Aucune autre condition ne s'applique. Compte tenu de ces informations, le Comité considère que la situation est conforme à la Charte.

### Ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire

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

En ce qui concerne les soins aux sans-papiers en Suède, le rapport indique qu'ils ont droit : aux soins médicaux et dentaires qui ne peuvent être différés (soins d'urgence) ; aux soins de maternité, aux conseils et aux soins en matière d'avortement et de stérilisation, aux conseils en matière de contraception ; aux soins de protection en cas de maladie infectieuse ; aux examens de santé en cas de nécessité évidente, et aux médicaments délivrés sur prescription médicale. Le Comité demande au prochain rapport de fournir des informations détaillées sur l'accès à l'aide sociale d'urgence des ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire. Dans l'intervalle, il considère que la situation est conforme à la Charte.

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

Le rapport indique que la pandémie de la covid-19 a posé des défis majeurs à la société, aux soins de santé et aux services sociaux. Cependant, les études montrent que l'accès aux services sociaux en général n'a pas encore été affecté dans une large mesure au cours de la période couverte par ce rapport. Les informations sur la covid-19 ont été continuellement diffusées à l'ensemble du personnel des services sociaux, en mettant l'accent sur ceux qui travaillent dans le domaine de l'aide et des services aux personnes souffrant de certains handicaps fonctionnels, de l'assistance personnelle et des soins aux personnes âgées. L'Agence de santé publique de Suède (*Folkhälsomyndigheten*) a également été chargée par le gouvernement d'étudier la nécessité d'adopter de nouvelles réglementations pour réduire le risque de propagation de l'infection dans le cadre des activités des services sociaux. Afin de limiter les répercussions négatives de la covid-19 et de renforcer les connaissances et la préparation à de futures situations similaires, le gouvernement a chargé de nombreuses autorités d'analyser les conséquences de la covid-19 pour le personnel, les utilisateurs et les groupes vulnérables de la population. Le Gouvernement a également ordonné un droit à une compensation allant jusqu'à 804 SEK par jour pour les personnes appartenant à des groupes à risque et pour les membres de la famille des personnes appartenant à des groupes à risque. Les indemnités ont été versées pour la période pendant laquelle la personne s'abstient de travailler pour éviter d'être infectée par la maladie covid-19 ou de contaminer des membres de sa famille avec cette maladie. Le Comité demande au prochain rapport de produire des informations détaillées sur les mesures spécifiques prises concernant la pandémie de la covid-19 en matière d'assistance médicale et sociale.

### *Conclusion*

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

**Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale**

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

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

**Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale**

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

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

**Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale**

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

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

## **Article 14 - Droit au bénéfice des services sociaux**

### *Paragraphe 1 - Encouragement ou organisation des services sociaux*

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

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 rappelle le cadre législatif et indique qu'en 2016 a été créée l'Agence pour le droit de la famille et le soutien à la parentalité, qui est chargée des adoptions internationales. Cette instance est spécialisée dans le soutien à la parentalité, le conseil aux familles et les questions liées aux affaires relevant du droit de la famille qui sont traitées par les commissions municipales de protection sociale. Le Comité maintient sa conclusion de conformité avec la Charte sur ce point.

En ce qui concerne les questions ciblées, le rapport indique que la pandémie de covid-19 a posé des problèmes majeurs à la société, aux services de santé et aux services sociaux. Cependant, des études montrent que l'accès aux services sociaux en général n'a pas été grandement affecté durant la période couverte par le présent rapport. Des informations sur la covid-19 ont été diffusées en continu à l'ensemble des personnels des services sociaux, en insistant sur ceux qui viennent en aide et sont au service des personnes atteintes de certaines déficiences fonctionnelles, qui apportent une assistance à la personne et qui dispensent des soins aux personnes âgées. Un soutien financier était par ailleurs disponible pour les personnes à risque. L'Agence suédoise de santé publique (*Folkhälsomyndigheten*) a été chargée par le gouvernement d'examiner la nécessité de renforcer la réglementation afin de réduire le risque qu'une infection se propage par le biais des activités des services sociaux.

Pour limiter les répercussions négatives de la covid-19 et mieux connaître et anticiper des situations similaires à l'avenir, le gouvernement a chargé de nombreuses autorités d'analyser les conséquences de la covid-19 pour les personnels, les usagers et les groupes vulnérables de la population, notamment grâce à des analyses prospectives.

### *Conclusion*

Le Comité conclut que la situation de la Suède 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 Suède, ainsi que des commentaires d'Amnesty International.

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 de ces services dans la pratique. Par « co-production », on entend que les services sociaux travaillent ensemble avec les personnes qui recourent aux services sur la base de principes fondamentaux, tels que l'égalité, la diversité, l'accessibilité et la réciprocité.

Le Comité a précédemment jugé la situation conforme à la Charte (Conclusions 2013). Le rapport confirme qu'aucun changement n'a eu lieu et le Comité maintient sa conclusion positive en la matière.

S'agissant de la participation des usagers, le rapport fournit des détails des règlements sur la participation et l'influence des usagers dans différentes lois. Cela s'applique à la fois au niveau individuel et au niveau collectif. La question de la participation et de l'influence des usagers est également abordée dans diverses lignes directrices du Conseil national de la santé et de la protection sociale. Par ailleurs, plusieurs accords dans divers domaines ont été conclus au cours des dix dernières années entre le gouvernement, les organisations non gouvernementales et le SALAR. En 2008, le gouvernement a conclu un accord dans le domaine social. Il s'agit d'une déclaration d'intention mutuelle dont le but est de renforcer les organisations porteuses d'idées et d'améliorer et développer la collaboration. Le rapport confirme en outre que ces dernières années, les éléments moteurs en faveur d'une participation accrue des usagers et des patients ont été renforcés et que cette question a fait l'objet d'une attention accrue. Les enquêtes, les rapports sur la qualité des interventions, les comparaisons ouvertes, etc. constituent également d'importants outils pour aider les usagers à choisir eux-mêmes les services de protection sociale. Le Comité demande à ce propos quelles sont les autres mesures spécifiques, notamment législatives ou budgétaires, qui ont été adoptées ou envisagées pour encourager la participation des usagers, par exemple à la prise de décision à différents niveaux et aux modalités de mise en œuvre des services sociaux dans la pratique.

### *Conclusion*

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Suède 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 Suède.

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.

Les précédentes conclusions dressaient un constat de non-conformité au motif que la portée du cadre législatif visant à lutter contre la discrimination fondée sur l'âge en dehors de l'emploi ne couvrait pas l'ensemble des secteurs visés à l'article 23 (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 estimé que la portée du cadre législatif visant à lutter contre la discrimination n'était pas suffisamment large, car il ne protégeait pas contre la discrimination dans des domaines tels que les biens structures et services (Conclusions 2013).

D'après le rapport, une protection élargie contre la discrimination fondée sur l'âge est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013. L'interdiction de la discrimination liée à l'âge, qui ne s'appliquait auparavant qu'au travail et à l'éducation, a été étendue pour couvrir également les biens, les services, le logement, les assemblées générales, les fonctions publiques, les soins, notamment de santé, les services sociaux, l'assurance sociale, l'assurance chômage, les bourses d'études du gouvernement et les nominations publiques. Conformément à la loi relative à la discrimination, tous les employeurs et les établissements d'enseignement doivent prendre des mesures dites « actives ». Celles-ci englobent les mesures de prévention et de promotion destinées à empêcher la discrimination et à encourager par d'autres voies l'égalité des droits et des chances, indépendamment de l'âge par exemple. Le Comité considère que la situation est désormais conforme à la Charte sur ce point.

D'après le rapport, le gouvernement a nommé une commission chargée de promouvoir l'emploi des personnes âgées et de lutter contre la discrimination fondée sur l'âge. Cette délégation devait achever son rapport en 2020. Le Comité souhaite être informé de l'issue de ses travaux.

Le rapport fournit également des informations sur la participation de la société civile : des comités nationaux de retraités ont ainsi été mis en place par le gouvernement.

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, 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, un tuteur peut être nommé pour les personnes incapables de prendre des décisions concernant leur bien-être. Le tuteur peut soit être un mandataire spécial (« parrain » – parfois appelé « conservateur ») soit, dans certains cas, un tuteur ad litem. Dans ce type de situations, l'intéressé conserve le droit de décider de ses affaires personnelles. Le mandataire spécial doit avoir l'accord de l'intéressé pour pouvoir agir à sa place. Si une personne est incapable de se prendre en charge, un tribunal peut désigner un administrateur (*förvaltare*). Le prérequis à la désignation d'un administrateur est que l'intéressé soit incapable, en raison d'une maladie, de troubles mentaux, d'une mauvaise santé ou de circonstances similaires, de prendre soin de lui-même ou de ses biens. Un administrateur ne peut être nommé si la désignation d'un mandataire spécial est suffisante ou si un proche peut apporter son aide de façon moins intrusive. La mission de l'administrateur est définie au cas par cas et peut être limitée, par exemple, à l'administration d'un bien ou d'une certaine partie de la pension de l'intéressé. L'individu perd la possibilité de décider des questions relevant du mandat de l'administrateur, mais conserve par ailleurs

le droit de décider de ses affaires personnelles. La désignation d'un administrateur n'entraîne pas la perte du droit de vote aux élections générales.

Avant de nommer un administrateur, le tribunal doit obtenir un certificat médical ou une analyse de l'état de santé de l'intéressé. Il doit également obtenir l'avis, entre autres, des parents les plus proches et de la commission de protection sociale. L'étendue du mandat de l'administrateur peut être modifiée si les circonstances changent. Il doit prendre fin s'il n'est plus nécessaire. Seul un cercle limité de personnes peut demander la désignation d'un administrateur et la modification ou la révocation de son mandat.

Une alternative à la désignation d'un administrateur est, comme indiqué ci-dessus, la désignation d'un mandataire spécial.

Tous les tuteurs sont placés sous la supervision d'un tuteur en chef. Chaque municipalité dispose d'un tuteur en chef ou d'un conseil des tuteurs en chef.

La loi relative au mandat de protection future (2017 :310) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2017. Elle prévoit et confère le droit d'établir un mandat de protection future, eu égard au risque que l'intéressé soit à l'avenir incapable de prendre sa décision par lui-même. Le mandat de protection future sera placé sous la supervision d'un tuteur en chef.

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

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

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

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

### ***Prévention de la maltraitance des personnes âgées***

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

### ***Vie indépendante et soins de longue durée***

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

santé, ainsi que les ressources et les aides nécessaires pour rendre cette vie la plus indépendante possible.

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

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

### **Services et structures**

Le Comité a précédemment demandé des informations sur la loi relative au système de choix dans le secteur public adoptée en 2009 dans le but de promouvoir la liberté de choix des services pour les personnes âgées, de diversifier leurs prestataires et de rehausser leur qualité. Ce texte permet aux prestataires de services commerciaux de s'établir plus aisément ; il ouvre ainsi le secteur public à la concurrence et donne aux personnes âgées la possibilité de choisir à qui faire appel (Conclusions 2013). D'après le rapport, toutes les municipalités n'ont pas introduit ce système et certaines l'ont suspendu, principalement parce que peu de personnes âgées ont choisi des prestataires de services privés. Le seul domaine où il y a eu une demande de prestataires privés est celui des logements spéciaux pour les personnes âgées.

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 rappelle avoir noté dans ses précédentes conclusions (Conclusions 2013) que les municipalités sont tenues de proposer un soutien aux membres de l'entourage qui s'occupent d'une personne atteinte d'une maladie de longue durée, d'une personne âgée ou d'une personne présentant une déficience fonctionnelle. Il demande cependant que le prochain rapport contienne des informations actualisées sur le type de soutien proposé aux 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 rapport indique que le Conseil national de la santé et de la protection sociale publie des comparatifs annuels des soins médicaux et des services sociaux dans les différentes municipalités et conseils de comtés. L'objectif est de promouvoir les discussions au niveau local et national sur la qualité et l'efficacité par le biais de la pression des pairs, d'une transparence accrue et d'une mise en jeu de la responsabilité politique.

Le rapport fournit également des informations sur le registre suédois des soins palliatifs, mis en place pour améliorer les soins apportés aux patients en phase terminale et permettre une approche structurée des soins apportés en fin de vie. Le registre d'alerte pour les personnes âgées prévoit une évaluation standardisée des risques de blessures dues aux chutes, de malnutrition et d'escarres. Sur la base de cette évaluation, des mesures préventives sont prises pour les personnes les plus à risque.

Des informations sont également fournies concernant le Centre suédois d'étude de la démence qui a pour but de recueillir et de diffuser les connaissances sur la démence et sa prise en charge.

Le rapport indique que le Conseil de la santé et de la protection sociale mène chaque année une campagne nationale intitulée « Balancing more ». Cette campagne porte sur les accidents de chute et fournit des informations sur ce qu'il est possible de faire pour réduire le risque de chute. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations à jour sur les 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 estime que l'accent mis dans l'ensemble dans la Charte sur l'autonomie personnelle et le respect de la dignité des personnes âgées entraîne un besoin urgent de

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

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

### **Ressources suffisantes**

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

Le Comité a précédemment jugé la situation conforme à l'article 23 à cet égard. Il renvoie à sa précédente conclusion pour une description de la situation (Conclusions 2013). Il rappelle l'existence d'une pension garantie financée par l'impôt (*garantipension*) assurant une pension à toutes les personnes à faible revenu ou sans revenu (pension de retraite, retraite par capitalisation – « premium pension » – retraite complémentaire). La pension garantie dépend du nombre d'années de résidence en Suède, 40 années étant requises pour avoir droit à une pension à taux plein.

Les personnes non admissibles au bénéfice de la pension garantie ont droit, à partir de 65 ans, à une allocation de subsistance pour personnes âgées (*äldreförsörjningsstöd*). Le montant de cette allocation est fonction du revenu du bénéficiaire, de ses dépenses de logement et de son capital.

Toutefois, le Comité a précédemment noté que 2,1 % des personnes âgées de 65 ans et plus percevaient, en 2011, un revenu inférieur à 40 % du revenu équivalent médian. Il a par conséquent demandé au gouvernement pourquoi ce groupe de personnes n'avait pas droit aux garanties minimales décrites ci-dessus et quelles mesures spécifiques avaient été prises pour remédier à la situation (Conclusions 2013).

D'après le rapport, plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation, et le gouvernement suédois a chargé l'Agence suédoise des pensions d'analyser le problème/les chiffres cachés et de trouver un moyen de couvrir ces personnes.

En outre, le rapport indique que la pension garantie a augmenté de 200 SEK (€19,48) en 2020 (hors période de référence).

D'après le MISSOC, en 2019, la pension complète garantie s'élevait à 99 045 SEK (€10 188 (€849 epar mois) pour une personne célibataire. Le montant de l'allocation de subsistance,

une fois déduites les dépenses de logement, était de 46 500 SEK soit €4 783 (€398,5 par mois).

Le Comité note par ailleurs d'après les données Eurostat que le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu équivalent médian, s'établissait à 1 020 euros par mois. Le Comité note que les montants susmentionnés de la pension garantie et de l'allocation de subsistance sont inférieurs à ce seuil. Toutefois, en l'absence d'informations actualisées sur les compléments disponibles, notamment sur les allocations de logement, le Comité ne peut évaluer la situation. Il demande donc que le prochain rapport fournisse des informations à jour sur les prestations et l'assistance mises en place pour les personnes âgées qui perçoivent la pension garantie et l'allocation de subsistance.

### ***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, en mars 2020, l'Autorité de santé publique suédoise a recommandé que les personnes de plus de 70 ans évitent tout contact étroit avec d'autres personnes, y compris leurs proches.

Le gouvernement a prononcé une interdiction nationale de visites dans les établissements d'accueil pour personnes âgées en raison du virus de la covid-19. L'interdiction nationale des visites dans les maisons de retraite a pris fin le 1<sup>er</sup> octobre 2020.

Des informations sur la covid-19 ont été diffusées par le Conseil national de la santé et de la protection sociale à l'ensemble du personnel des services sociaux, notamment en ce qui concerne les soins dispensés aux personnes âgées. Le Conseil a publié de nombreux rapports fondés sur la connaissance et des conseils en ligne pour le personnel des services sociaux et de santé. Au nom du Conseil national de la santé et de la protection sociale, la faculté de médecine Karolinska Institutet a préparé deux cours de formation en ligne sur la covid-19. L'objectif est de renforcer la préparation et de fournir des informations sur les principaux principes et difficultés liés à la lutte contre la propagation de la covid-19.

En juin 2020, l'Inspection de la santé et des affaires sociales a contrôlé les 1 700 maisons de retraite suédoises.

Les régions ont augmenté leurs capacités en termes de soins en mettant en place des équipes mobiles, en élargissant les services de soins de pointe dispensés à domicile et en milieu institutionnel, et en augmentant la disponibilité des médecins.

Le gouvernement a alloué des fonds supplémentaires aux communes.

Afin d'améliorer les effectifs de personnel dans les services sociaux et de santé, les employés s'occupant des personnes âgées se verront proposer une formation rémunérée pendant leurs heures de travail.

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 conclut que la situation de la Suède est conforme à l'article 23 de la Charte.



### **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 Suède et dans les commentaires communiqués par *Amnesty International* en date du 30 juin 2021.

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

Par conséquent, il se concentrera sur les réponses du Gouvernement aux questions ciblées, à savoir les 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 Suède était conforme à l'article 30 de la Charte (Conclusions 2013).

#### ***Mesurer 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 rapport indique qu'il n'existe pas de définition officielle de la pauvreté en Suède. Le seuil le plus fréquemment utilisé est celui d'un revenu inférieur à 60 % du revenu disponible équivalent, ce qui correspond à l'indicateur du risque de pauvreté adopté par l'UE. Le rapport précise que le taux de risque de pauvreté s'est accru pendant la période de référence, passant de 16,2 % en 2016 à 17,1 % en 2019 et que, pour les enfants âgés de moins de 17 ans, ce même taux, qui était de 18,7 % en 2016 a atteint 21,5 % en 2019.

Le rapport ne fournissant pas d'autres données pertinentes sur la question de la pauvreté, le Comité s'appuie sur les données d'Eurostat.

L'écart entre les taux de risque de pauvreté (après transferts sociaux) des hommes et des femmes est resté très faible pendant la période considérée (entre 0,8 et 2,5 %).

Ce taux a par contre enregistré une forte hausse pour les chômeurs âgés de 16 à 64 ans, puisqu'il est passé de 50,3 % en 2016 à 62,2 % en 2019. Il a également progressé, pendant la période considérée, au sein de la population âgée de plus de 18 ans occupant un emploi (6,8 % en 2016 et 7,7 % en 2019).

Parmi les personnes de plus de 65 ans, le taux de risque de pauvreté a baissé pendant la période de référence ; il a été ramené de 16,8 % en 2016 à 15,2 % en 2019 (contre 13,6 % en 2014 et 14,2 % en 2010).

Concernant l'indicateur des personnes en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (AROPE), 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 18,3 % de la population était exposée au risque de pauvreté ou d'exclusion sociale en 2016, 17,7 % en 2017, 18 % en 2018 et 18,8 % en 2019 ; ce dernier pourcentage demeure inférieur à la moyenne des 28 pays de l'UE en 2019 (21,4 %).

Pour ce qui est des enfants âgés de moins de 16 ans, le risque de pauvreté et d'exclusion sociale a augmenté pendant la période de référence, passant de 19,3 % en 2016 à 22,7 % en 2019 (mais reste inférieur à la moyenne des 28 pays de l'UE qui était de 23,1 % en 2019).

Le Comité note que, même si le taux de risque de pauvreté se situe toujours en-deçà des moyennes de l'UE, il est orienté à la hausse dans la quasi-totalité des groupes de population précités.

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

Le rapport indique que le système de sécurité sociale suédois dont bénéficie l'ensemble de la population s'attache à donner à tous les mêmes chances et à veiller à l'égalité entre les femmes et les hommes. Il couvre la santé et les soins médicaux, la protection sociale et la sécurité matérielle en cas de maladie, de handicap et durant la vieillesse. Les pouvoirs publics s'efforcent d'éviter au maximum que des citoyens ne soient pris dans le piège d'une pauvreté permanente sans qu'ils puissent subvenir à leurs besoins. Ils s'emploient en permanence à améliorer le fonctionnement du marché du travail par de nouvelles mesures qui visent à accroître la main-d'œuvre disponible, à empêcher les longs épisodes de chômage, à renforcer la demande pour les groupes en position de faiblesse sur le terrain de l'emploi, et à mieux appairer les offres et les demandes d'emploi.

Le rapport indique que le système de sécurité sociale suédois n'a pas changé pendant la période de référence. Les pouvoirs publics ont investi massivement dans le domaine des soins de santé et de l'éducation. Depuis 2017, ils ont renforcé la protection de base et abaissé l'impôt sur le revenu des retraités, relevé le niveau des prestations versées par l'assurance chômage et revalorisé les allocations de logement, les pensions alimentaires et les allocations pour enfants. Le rapport fait également état de mesures de soutien visant à faciliter le retour au travail des personnes en arrêt pour maladie.

Le rapport contient par ailleurs des informations relatives à une enquête nationale réalisée en 2017 portant sur le nombre de sans-abri en Suède et sur l'exclusion du marché du logement. Selon les résultats de cette enquête, 33 250 personnes seraient sans domicile fixe dans le pays. Sur l'ensemble des sans-abri recensés au cours de la semaine considérée, 62 % étaient des hommes et 38 % des femmes ; l'âge moyen était de 40 ans et 46 % étaient nés à l'étranger (dont 48 % de femmes et 40 % d'hommes). De plus, un sans-abri sur trois avait des enfants âgés de moins de 18 ans. Près de la moitié d'entre eux vivaient principalement dans un logement appartenant à une municipalité. Selon le rapport, quiconque n'est pas en mesure de subvenir à ses besoins ou de se procurer des ressources par d'autres moyens a droit à une aide des services sociaux qui puisse lui assurer un niveau de vie décent. Il peut s'agir d'un soutien destiné à couvrir les dépenses courantes, d'une allocation de logement ou d'autres mesures telles qu'une aide pour solliciter un logement, ou une autre solution d'hébergement. Entre 2018 et 2021, l'État a octroyé des subventions à hauteur de 25 millions de couronnes suédoises (environ 2,4 millions d'euros) aux dix municipalités comptant le plus grand nombre de cas graves de sans-abri afin d'améliorer leur sort. Durant la même période, il a décidé d'allouer aux associations à but non lucratif une enveloppe de 120 millions de couronnes (environ 11,7 millions d'euros) afin de renforcer l'action qu'elles mènent pour lutter contre le problème des sans-abri parmi les jeunes

adultes. Le Comité demande que le prochain rapport indique comment ces fonds ont été utilisés et dans quelle mesure ils ont permis d'améliorer la situation.

Dans ses observations, *Amnesty International* s'inquiète de l'absence de politique nationale de lutte contre le problème des sans-abri et affirme que les migrants n'ont pas accès au logement. Le Comité demande que le prochain rapport commente ces informations.

Le rapport explique que, chaque année, le Gouvernement détermine un montant qui fait figure de « norme nationale » censé couvrir les dépenses concernant l'alimentation, les vêtements et chaussures, les produits d'hygiène, les loisirs et divertissements, l'assurance des enfants, les biens de consommation, les journaux et le téléphone. Ce montant comporte une part variable qui dépend de la taille du foyer, du nombre et de l'âge des enfants, de la nécessité d'assurer ou non le déjeuner à domicile des enfants et adolescents ainsi que de la situation des adultes selon qu'ils vivent seuls ou en cohabitation. Par ailleurs, une aide est également prévue pour couvrir les dépenses raisonnables de logement, d'électricité et d'assurance habitation, les trajets entre le domicile et le lieu de travail, l'assurance chômage et les cotisations syndicales. En 2019, le nombre de bénéficiaires de cette aide a baissé pour la quatrième année consécutive en ce qui concerne les individus isolés et pour la cinquième année consécutive en ce qui concerne les familles ; quelque 40 % des adultes pouvant y prétendre ont reçu une aide financière à long terme (servie pendant plus de dix mois). Le nombre d'enfants vivant dans une famille ayant perçu une aide à long terme s'établissait à 51 300, chiffre en hausse de 2,6 % par rapport à 2018.

### ***Contrôle et évaluation***

Le rapport indique que les autorités ont demandé à l'organisme suédois de sécurité sociale et à l'Agence nationale pour l'emploi de prendre conjointement des mesures supplémentaires pour faciliter le retour à l'emploi des personnes en arrêt pour maladie. L'organisme de sécurité sociale a également été chargé d'améliorer l'aide destinée aux jeunes dont la demande d'indemnité de compensation d'activité a été rejetée, afin de leur apporter le soutien dont ils ont besoin pour trouver du travail ou reprendre des études.

Le rapport ajoute que, pendant la période 2018-2020, les autorités ont demandé à l'Agence suédoise pour l'intégration de fournir, en collaboration avec les conseils de comté (organe administratif), un appui aux régions et municipalités pour qu'elles mettent en œuvre leurs stratégies et plans en matière de handicap en intégrant cette problématique dans leurs services et activités. Toujours entre 2018 et 2020, le Conseil national de la santé et de la protection sociale a été chargé d'allouer des fonds aux régions pour accroître l'offre de services d'interprétation en milieu professionnel aux personnes sourdes, sourdes et aveugles ou malentendantes.

Le rapport précise aussi que des statistiques en matière d'inégalités de revenus, de répartition des revenus et de pauvreté sont régulièrement établies et présentées par les services ministériels dans le cadre des évaluations réalisées avant et après la mise en place de réformes et de mesures politiques.

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

Le rapport indique que, durant la crise due à la covid-19, aucune augmentation significative du nombre de bénéficiaires d'aides sociales n'a été constatée. Il se peut que la modification temporaire des conditions fixées par la caisse d'assurance chômage, la multiplication des lieux d'étude et le renforcement des initiatives en faveur du marché du travail aient permis à un plus grand nombre de personnes de trouver d'autres formes de soutien.

### ***Conclusion***

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