



mars 2022

CHARTE SOCIALE EUROPEENNE REVISEE

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2021

PAYS-BAS

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 les Pays-Bas, qui a ratifié la Charte sociale européenne révisée le 3 mai 2006. L'échéance pour remettre le 14^e rapport était fixée au 31 décembre 2020 et les Pays-Bas l'a présenté le 26 janvier 2021.

Le Comité rappelle qu'il a été demandé aux Pays-Bas 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 de la section néerlandaise de la Commission internationale de juristes (NJCM) sur le 14^e rapport ont été enregistrés le 1 juillet 2021. La réponse du Gouvernement à ces commentaires a été enregistrée le 17 septembre 2021.

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

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

Les Pays-Bas a accepté toutes les dispositions de ce groupe.

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

Les Conclusions relatives aux Pays-Bas concernent 15 situations et sont les suivantes :

– 9 conclusions de conformité : articles 3§1, 3§3, 11§1, 12§2, 12§3, 13§1, 14§1, 14§2 et 30 ;

– 2 conclusions de non-conformité : articles 12§4 et 23.

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

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

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

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

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

Paragraphe 1 - Sécurité, santé et milieu du travail

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport des Pays-Bas.

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

Dans sa précédente conclusion le Comité a estimé, dans l'attente de la réception des informations demandées, que la situation aux Pays-Bas était conforme à l'article 3§1 de la Charte (Conclusions 2013). L'appréciation du Comité portera donc uniquement sur les informations fournies par le Gouvernement en réponse aux questions ciblées.

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

Objectif général de la politique

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

En réponse à la question du Comité, le rapport indique que la politique de sécurité et de santé au travail est guidée par le principe selon lequel les employeurs et les employés partagent la responsabilité première du maintien d'un environnement de travail sûr et sain, puisqu'ils déterminent les conditions de travail réelles sur le lieu de travail. Le rapport explique également que les employeurs ont la responsabilité de veiller à ce que les lieux de travail soient conformes aux normes de santé et de sécurité au travail (SST), d'instruire les employés et de leur fournir les équipements de travail et les équipements de protection individuelle (EPI) nécessaires. L'employé est tenu de prendre soin de sa sécurité et de sa santé et de celles des autres personnes impliquées dans ses actions sur le lieu de travail, en utilisant les équipements de travail et les EPI prescrits conformément à sa formation et aux instructions données par l'employeur. Le rapport indique en outre que les règles statutaires aux Pays-Bas sont conformes à la législation européenne et note que l'inspection des affaires sociales et de l'emploi (anciennement l'inspection du travail) contrôle le respect de ces règles. Le rapport détermine également que le gouvernement aide les employeurs et les employés à obtenir des conditions de travail sûres et saines en partageant les connaissances et en développant des outils relatifs aux principaux risques professionnels et aux mesures à prendre.

Le Comité note que, selon le rapport, un vaste programme de suivi et de recherche a été mis au point pour suivre l'évolution des conditions de travail aux Pays-Bas. Il note également que, tous les cinq à huit ans, le plan d'action est soit actualisé, soit nouvellement conçu. Le rapport indique également qu'en cas de changement de gouvernement pendant la durée d'un plan d'action, certaines parties du plan sont également révisées. Le rapport explique également que les priorités politiques générales, qui sont détaillées dans un programme politique (plan annuel) et un programme de contrôle du respect de la législation, ainsi que les fonds disponibles chaque année, sont définis dans le budget du gouvernement.

Le rapport indique que plusieurs facteurs déterminent le contenu des plans d'action pluriannuels et annuels, notamment la consultation périodique entre le gouvernement et le parlement sur la politique de sécurité et de santé au travail, au cours de laquelle le gouvernement rend compte de la politique menée et les partis parlementaires expriment leur avis sur cette politique et ses éventuelles révisions ; les avis des organisations d'employeurs et de travailleurs ainsi que des experts et des professionnels dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail ; les informations factuelles sur les conditions de travail actuelles obtenues à partir d'études de suivi, y compris un certain nombre d'enquêtes à grande échelle auprès des travailleurs, des employeurs et des indépendants ; les résultats des activités de suivi et les résultats des recherches sur les risques professionnels (par exemple sur les dangers nouveaux et émergents).

Enfin, le rapport indique que le gouvernement a récemment commencé à travailler sur un nouveau plan d'action pluriannuel pour les années à venir, car il a été estimé que la politique était au point mort dans certains domaines et que le plan actuel ne répond pas à un certain nombre de questions d'actualité telles que les changements dans les relations de travail, le développement accéléré de la technologie numérique, l'accent mis sur le déploiement efficace de la main-d'œuvre, une meilleure compréhension des risques professionnels actuels et un nouvel environnement politique. Le rapport fait remarquer que la politique menée ces dernières années fait l'objet d'un examen minutieux et que le Parlement met en place les éléments de base d'un nouveau plan d'action pluriannuel en consultant les organisations d'employeurs et de travailleurs et d'autres parties prenantes concernées, ce qui devrait permettre de définir les grandes lignes du plan d'action pour les années à venir.

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

Organisation de la prévention des risques professionnels

Le Comité a précédemment noté qu'au niveau de l'État et des entreprises, il existe un système d'évaluation des risques professionnels, des mesures de prévention adaptées à la nature des risques encourus et des mesures d'information et de formation pour les travailleurs (Conclusions 2013). Il a également noté que l'inspection du travail participe au développement d'une culture de la santé et de la sécurité chez les employeurs et les travailleurs, et partage son expérience par le biais d'instructions d'application, de mesures de prévention et de consultations.

Amélioration de la sécurité et de la santé au travail

Le Comité a précédemment noté qu'il existe un système orienté vers l'amélioration de la sécurité et de la santé au travail par la recherche, le développement et la formation (Conclusions 2013).

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le Comité a précédemment noté que la formulation, la mise en œuvre et la révision périodique de la politique de santé et de sécurité au travail s'appuient fortement sur un dialogue social efficace (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.

Selon le rapport, des directives spécifiques, telles que les directives covid-19 publiées par la structure de coordination nationale pour le contrôle des maladies infectieuses (LCI) (Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding), ont été rédigées à l'intention des professionnels de la santé dans les hôpitaux et de ceux qui travaillent en dehors du milieu hospitalier, tels que les médecins généralistes, les infirmières de district, les soignants financés par la loi sur l'aide sociale, les soignants en cas d'invalidité, le personnel des foyers de soins, les ambulanciers, le personnel des centres de vie assistée, les soignants des petites maisons de retraite et les travailleurs de la santé mentale. L'équipe d'experts en prévention des infections de la Fédération néerlandaise des médecins spécialistes (Federatie Medische Specialisten) a également élaboré une politique distincte sur le dépistage et le déploiement des travailleurs de la santé dans les hôpitaux.

Le rapport indique également que le gouvernement néerlandais a constamment évalué la situation et, afin de fournir le plus rapidement possible des EPI et des dispositifs médicaux de qualité adéquate, il a dû faire face à une grave pénurie d'EPI et de dispositifs médicaux portant le label CE et utilisés par les professionnels de la santé, tels que les gants, les masques et les blouses. Le ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports a créé le Consortium national pour les dispositifs médicaux (LCH) (Landelijk Consortium Hulpmiddelen) dans le but de fournir le plus rapidement possible suffisamment d'EPI et de dispositifs médicaux de bonne qualité. En outre, le ministère de la santé, du bien-être et du sport a chargé l'Institut national pour la santé publique et l'environnement (RIVM) d'évaluer la qualité des marchandises achetées par le LCH. À cette fin, le RIVM a mis en place une équipe de qualité multidisciplinaire qui réunit des experts de l'intérieur et de l'extérieur de l'organisation et dont la tâche principale est d'évaluer la qualité des biens achetés par le LCH afin que seuls des EPI de qualité suffisante soient mis en circulation.

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

Le Comité conclut que la situation des Pays-Bas est conforme à l'article 3§1 de la Charte.

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

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport des Pays-Bas.

Il rappelle qu'aux fins du présent examen, il a été demandé aux États de répondre aux questions ciblées posées au titre de l'article 3§2 (questions figurant dans l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, dans laquelle le Comité demandait un rapport sur l'application des dispositions de la Charte relevant du groupe thématique « Santé, sécurité sociale et protection sociale »), ainsi qu'aux précédents constats de non-conformité et aux décisions d'ajournement, le cas échéant.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a jugé la situation des Pays-Bas conforme à l'article 3§2 de la Charte (Conclusions 2013). Par conséquent, l'appréciation du Comité portera uniquement sur les informations fournies par le gouvernement en réponse à la question ciblée.

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

Le Comité a précédemment jugé la situation conforme à la Charte à cet égard, mais a demandé que le prochain rapport contienne des informations à jour sur les lois et règlements pertinents (Conclusions 2013).

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

Le rapport indique qu'en vertu de la loi relative aux conditions de travail (n° 184/1999), les employeurs sont tenus de mettre en œuvre les politiques visant à prévenir ou à réduire le stress lié au travail. Compte tenu de l'augmentation du nombre de cas d'épuisement professionnel ces dernières années, les autorités ont entamé des recherches pour établir les raisons de ce phénomène, notamment dans une démarche de conciliation de la vie privée et de la vie professionnelle. En décembre 2019, un rapport a été publié sur les causes de l'épuisement professionnel et de l'augmentation du nombre de cas. Le rapport précise que d'autres recherches devaient être menées en 2020. Actuellement, les autorités portent leur attention sur les conseillers confidentiels, l'idée étant de faire davantage connaître leur travail tout en professionnalisant leurs services. Les employeurs peuvent recourir aux services d'un conseiller confidentiel pour prévenir ou réduire le stress lié au travail. Le rapport indique également que les employeurs peuvent élaborer un code de conduite afin de décourager les comportements inappropriés au travail et de créer un environnement de travail au sein duquel les travailleurs se sentent soutenus et en sécurité.

Le Comité souligne que les informations fournies en réponse à la question ciblée sont insuffisantes. Par conséquent, il réitère sa demande d'informations et souligne que dans l'hypothèse où celles-ci ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation des Pays-Bas soit conforme à l'article 3§2 de la Charte sur ce point.

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

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

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

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

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

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Dans sa conclusion précédente, le Comité a noté qu'aucune mesure n'avait été prise pour transposer 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. Le Comité a également demandé des informations sur les mesures prises à l'échelle nationale ou convenues par les partenaires sociaux en vue de la mise en place, de la modification et de l'entretien des postes de travail, ainsi que des indications sur toute adoption ou modification des lois et règlements pendant la période de référence qui visait à incorporer des normes européennes ou internationales dans le droit interne (Conclusions 2013).

Le rapport ne contient pas les informations demandées. Le Comité relève dans une autre source que les exigences relatives aux postes de travail figurent dans le *Arbeidsomstandigheden*. Il note également que d'après une autre source, aucune mesure n'a été prise pour transposer 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.

Le Comité prend note de ces informations.

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 des Pays-Bas.

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

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

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

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le Comité a précédemment examiné la situation concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles et ajourné ses conclusions dans l'attente des informations demandées portant sur les mesures prises pour remédier au niveau global élevé des accidents du travail ; le taux d'incidence des cas de maladies professionnelles ; les mesures prises pour remédier à l'augmentation du nombre de maladies professionnelles (Conclusions 2013). Dans sa question ciblée sur l'article 3§3 concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles, le Comité a demandé des informations sur les données statistiques sur la prévalence des décès, blessures et invalidités liés au travail, y compris en ce qui concerne le suicide et d'autres formes d'automutilation, les troubles de stress post-traumatique (TSPT), le burn-out et les troubles liés à la consommation d'alcool ou d'autres substances, ainsi que sur les études épidémiologiques conduites pour évaluer les effets sur la santé à (plus) long terme des nouveaux emplois à haut risque (par exemple, les services de livraison à vélo, incluant les personnes employées ou celles dont le travail est géré par l'intermédiaire de plateformes numériques ; les intervenants dans le secteur des loisirs sportifs, notamment les sports de contact ; les emplois impliquant des formes particulières d'interaction avec les clients et le recours possible à des substances potentiellement nuisibles, telles que l'alcool ou d'autres substances psychoactives ; les nouvelles formes d'opérations en bourse à haut rendement, qui génèrent un niveau de stress important ; le personnel militaire ou des services répressifs, etc.) et également en ce qui concerne les victimes de harcèlement au travail et la mauvaise gestion.

En réponse, le rapport explique que les statistiques sur la prévalence des décès, blessures et invalidités liés au travail aux Pays-Bas reposent sur différentes sources. Les accidents du travail sont enregistrés par l'Inspection des affaires sociales et de l'emploi (SZW). Le rapport explique aussi que les données sur l'incidence des maladies professionnelles sont une estimation approximative, aucun chiffre réel n'étant disponible. Outre les notifications reçues par le Centre néerlandais des maladies professionnelles (*Nederlands Centrum voor Beroepsziekten*, NCvB), des données proviennent également de l'enquête périodique sur les conditions de travail aux Pays-Bas (*Nederlandse Enquête Arbeidsomstandigheden*, NEA), une enquête à grande échelle menée auprès de plus de 40 000 employés qui donnent leur avis sur leurs conditions de travail et peuvent signaler s'ils souffrent d'une maladie ou d'une affection causée par leur travail. Ces données autodéclarées diffèrent considérablement des déclarations adressées au Centre néerlandais des maladies professionnelles.

Selon le rapport, il ressort de deux études menées en 2005 et 2010 sur les décès liés au travail aux Pays-Bas que les accidents du travail ne représentent qu'une partie des décès liés au travail. En particulier, les décès dus à l'exposition à des agents cancérigènes

constituent un risque fortement sous-estimé. C'est en partie en réponse à ces deux études que l'Inspection des affaires sociales et de l'emploi (SZW) a renforcé l'application de la réglementation sur les substances dangereuses. Ces études ont également incité le ministère des Affaires sociales et de l'Emploi à demander des recherches supplémentaires à l'Institut national pour la santé publique et l'environnement (RIVM), qui actualise désormais régulièrement les chiffres. Les données du RIVM reposent sur des recherches épidémiologiques plutôt que sur des cas réellement diagnostiqués. Les chiffres figurant dans le rapport montrent que l'exposition à des substances dangereuses est de loin la cause la plus fréquente de décès prématuré, survenant principalement après la retraite (une raison clé pour laquelle les employeurs ne sont pas conscients du problème). Le RIVM estime à plus de 2 500 par an le nombre de décès prématurés dus à l'exposition à des substances cancérigènes et fait état de 750 décès dus à des maladies cardiovasculaires et de 700 décès dus à des maladies respiratoires causées par l'exposition à des substances dangereuses sur le lieu de travail.

Le rapport indique que le nombre d'accidents mortels du travail déclarés aux Pays-Bas est inférieur à 50 par an depuis 2009. En 2017 et 2018, ce chiffre était légèrement supérieur à 40. Selon les données EUROSTAT, le taux d'incidence normalisé des accidents mortels du travail aux Pays-Bas était de 0.78 en 2017 et de 0.87 en 2018. Ces chiffres sont nettement inférieurs aux taux moyen de ces accidents relevé dans l'Union européenne à 27 (2.25 en 2017 et 2.21 en 2018).

Le rapport précise aussi que le nombre d'accidents du travail non mortels « graves » a légèrement augmenté pendant la période de référence (4,500 en 2019 et 4,300 en 2018). Les données EUROSTAT font état de 64,238 d'accidents non mortels ayant entraîné quatre jours d'absence aux Pays-Bas en 2019, 63,777 accidents non mortels en 2018 et 64,872 en 2017. Le taux d'incidence de ces accidents était de 1,431.88 en 2018 et de 1,451.65 en 2017. Ces chiffres sont inférieurs à la moyenne relevée dans l'Union européenne à 27 (1,768.93 en 2018 et 1, 800.96 en 2017). Selon le rapport, l'augmentation des déclarations d'accidents du travail peut avoir plusieurs causes. Dans tous les cas, la croissance élevée et soutenue de l'activité économique et de l'emploi au cours de la période considérée joue un rôle. Par conséquent, le nombre de travailleurs flexibles (qui sont relativement souvent impliqués dans des accidents du travail) augmente. Une autre explication de cette tendance à la hausse est l'augmentation des amendes pour non-déclaration des accidents du travail.

En ce qui concerne les maladies professionnelles, le rapport explique qu'aux Pays-Bas, les médecins du travail sont tenus de déclarer les maladies professionnelles au Centre néerlandais des maladies professionnelles (NCvB). Ces déclarations « officielles » s'élèvent à environ 4,000 par an. Il est possible de vérifier l'incidence des maladies professionnelles en recourant au Service néerlandais d'enquêtes sur les conditions de travail (NEA), qui fournit des données autodéclarées indiquant si les personnes interrogées attribuent leurs symptômes entièrement ou partiellement à leur travail et si elles ont fait l'objet d'un diagnostic médical. En 2018, le nombre de maladies professionnelles signalées au NCvB était de 3,854 (concernant le stress physique -1.6 % des cas-, le stress lié au travail -1.5 %-, les substances dangereuses -0.2 %-).

Il ressort de ce rapport que le stress lié au travail est l'une des priorités de l'Inspection des affaires sociales et de l'emploi et qu'il fait l'objet d'un programme spécifique (Stress lié au travail/Discrimination dans l'emploi). Cela s'explique principalement par le fait que les problèmes de santé mentale sont le type de maladie professionnelle le plus signalé et que le nombre d'employés faisant état de tels problèmes ne cesse de croître chaque année. Les principales catégories de problèmes de santé mentale liés au travail sont le burn-out et le TSPT. Parmi les maladies professionnelles signalées au NCvB dans la catégorie « santé mentale », l'épuisement émotionnel et l'épuisement professionnel ainsi que le syndrome de stress post-traumatique semblent être de loin la catégorie de diagnostic la plus importante. Selon le rapport, le nombre de cas signalés au NCvB concernant l'épuisement émotionnel et le burnout était de 1,664 en 2019 (74.9 % de tous les cas de la catégorie « santé mentale »)

et concernant le syndrome de stress post-traumatique, était de 298 (13.4 % de tous les cas de la catégorie « santé mentale »).

Concernant les comportements inappropriés au travail et la mauvaise gestion, depuis 2011, le NEA comprend aussi des questions sur les comportements inappropriés, tant par des parties prenantes extérieures (clients, patients, élèves, passagers) que par des parties prenantes intérieures (responsables, collègues). Le rapport indique que selon le NEA, de manière générale, un quart des employés néerlandais sont victimes de comportements inappropriés de la part de parties prenantes extérieures au moins une fois par an (28.9 % du nombre total d'employés), et un sur six de la part de collègues (19.3 % du nombre total d'employés).

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations détaillées et actualisées sur les mesures prises pour remédier à l'augmentation du nombre de maladies professionnelles en particulier sur la santé mentale liée au travail. Il demande aussi des informations détaillées et actualisées sur les mesures prises pour remédier à l'augmentation du nombre de décès dus à l'exposition à des agents cancérigènes et à des maladies cardiovasculaires.

Activités de l'Inspection du travail

Dans sa conclusion précédente, le Comité a réitéré sa demande d'informations sur le nombre de travailleurs couverts par les visites de contrôle par rapport à la population active (Conclusions 2013). Il a aussi demandé que le rapport fournisse des informations actualisées sur les inspections spécialisées, notamment sur la répartition des compétences entre les inspections en matière de santé et de sécurité au travail. Compte tenu de la baisse des effectifs, du nombre de visites de contrôle et du nombre d'enquêtes sur les accidents, il a en outre demandé des informations sur les mesures prises pour remédier à un moindre respect de la loi, à l'augmentation des plaintes et à l'augmentation des situations nécessitant une suspension des travaux. Les questions ciblées concernant les activités de l'Inspection du travail portent sur l'organisation de l'inspection du travail, l'évolution des ressources allouées aux services de l'Inspection du travail, y compris les ressources humaines ; le nombre de visites de contrôle de santé et de sécurité effectuées par l'Inspection du travail, la part des travailleurs et des entreprises couverts par ces visites, le nombre d'infractions aux règles sanitaires et de sécurité et la nature et le type de sanctions infligées ; si les inspecteurs sont habilités à contrôler tous les lieux de travail, y compris les locaux d'habitation, dans tous les secteurs de l'économie.

La SZW cherche à garantir que chacun bénéficie de conditions de travail équitables, sûres et saines et d'une sécurité socio-économique. La supervision et les enquêtes sont les outils utilisés là où les problèmes les plus persistants apparaissent et où l'effet est le plus important. L'Inspection adopte une approche axée sur les risques et les programmes, basée sur des analyses de risques et des analyses environnementales. Une restructuration organisationnelle a débuté le 1^{er} juillet 2017 afin de transformer l'Inspectorat en une organisation moderne et agile, avec un mode de travail basé sur les programmes et les projets pour garantir une flexibilité maximale. En outre, sous l'impulsion de l'accord de coalition « Confiance en l'avenir », un financement supplémentaire a été accordé à l'Inspection à la fin de 2017. Les dépenses de l'Inspection du travail en 2016 étaient de 103,000,000 € et de 131,000,000 € en 2019. Une grande partie de ces ressources supplémentaires est utilisée pour renforcer ses effectifs. Ainsi, le nombre d'inspecteurs est passé de 1,149 en 2016 à 1,355 en 2019. Le rapport indique que ce nombre sera de 1,550 à la fin de 2022 (hors période de référence).

En ce qui concerne le nombre de visites de contrôle de santé et de sécurité effectuées par l'inspection du travail et la part de travailleurs et d'entreprises couverts, le rapport indique qu'en principe, la SZW contrôle tous les établissements aux Pays-Bas, y compris les institutions telles que les prisons, les commissariats de police et les écoles, et veille

également au respect des règles qui ont également été déclarées applicables aux indépendants et aux personnes travaillant à domicile. Il y a près de 1,9 million d'établissements aux Pays-Bas, dont plus de 1,25 million sont des indépendants sans salariés et 200,000 n'ont qu'un seul salarié. Il existe donc plus de 400,000 établissements ayant plus d'un salarié. Au total, l'Inspection contrôle les normes du travail pour un total de plus de 7.3 millions de salariés, ainsi que pour plus d'un million d'indépendants et 30,000 travailleurs familiaux.

Entre 2016 et 2018, le nombre de contrôles est passé de 16,000 à 8,232, pour remonter à 9,100 entre 2018 et 2019. Afin de rétablir l'équilibre entre la capacité requise pour mener des enquêtes sur les accidents et celle requise pour effectuer des contrôles proactifs -plus préventives-, l'accord de coalition de 2017 a décidé d'augmenter la capacité. La hausse de la proportion de contrôles réactifs dans le nombre total d'inspections en matière de santé et de sécurité a été stoppée en 2019 en raison de la mise à disposition d'une plus grande capacité pour les contrôles préventifs.

Concernant le nombre d'infractions aux règles de santé et de sécurité ainsi que la nature et le type de sanctions infligées, le rapport souligne qu'en 2019, des mesures d'exécution ont été imposées à 46 % des établissements où un contrôle de santé et de sécurité a été effectué pour la première fois. Les infractions à la législation en matière de santé et de sécurité sont presque toutes passibles de sanctions en vertu du droit administratif. La SZW confirme toujours par écrit les sanctions à infliger, les mesures correctives à prendre et le délai dans lequel la ou les infractions doivent être corrigées. Elle effectue des contrôles ponctuels pour déterminer si les mesures requises ont été mises en œuvre et, si ce n'est pas le cas, applique une sanction plus sévère. En plus de l'application du droit administratif, certaines infractions à la législation sur la santé et la sécurité peuvent faire l'objet de poursuites au pénal. La plupart des inspecteurs de la SZW ont non seulement un pouvoir de contrôle mais jouent aussi le rôle d'agent spécial d'exécution (BOA), ce qui les autorise à enquêter sur les infractions punies par le droit pénal et à rédiger un rapport officiel pour le ministère public. En cas d'accident mortel, le ministère public est toujours consulté pour déterminer si une enquête pénale doit être ouverte. Si le ministère public décide de ne pas engager de poursuites pénales, le procureur en informe l'inspecteur afin que ce dernier décide si l'affaire doit être traitée sur le plan administratif.

En réponse à la question ciblée de savoir si les inspecteurs sont habilités à contrôler tous les lieux de travail, y compris les locaux d'habitation, dans tous les secteurs de l'économie, le rapport explique que la SZW est autorisée à contrôler tous les lieux de travail. Des règles spéciales s'appliquent aux inspecteurs qui pénètrent dans les locaux d'habitation. En ce qui concerne le contrôle de la santé et de la sécurité des employés dans un cadre domestique, la loi sur les conditions de travail stipule que l'autorité de contrôle est autorisée à entrer dans un logement sans la permission de l'occupant. Toutefois, l'inspecteur en question doit disposer d'une autorisation écrite pour le faire. Le procureur qui a le pouvoir d'accorder l'autorisation ne le fera que si le but pour lequel elle doit être accordée exige raisonnablement l'entrée sans la permission de l'occupant. L'autorisation écrite n'est pas requise si l'entrée immédiate dans le logement est nécessaire pour prévenir ou supprimer une menace grave et imminente pour la sécurité des personnes ou des biens.

Le Comité prend note des informations fournies. Il demande que le prochain rapport contienne des informations détaillées sur les différentes mesures administratives que les inspecteurs du travail sont habilités à prendre, le nombre de ces mesures effectivement prises, ainsi que le nombre et l'issue des cas transmis aux autorités de poursuite en vue d'engager des poursuites pénales ; et des chiffres pour chaque année de la période de référence.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation des Pays-Bas est conforme à l'article 3§3 de la Charte.

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

Paragraphe 4 - Services de santé au travail

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

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 1 - Elimination des causes d'une santé déficiente

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport des Pays-Bas. Il prend également note des commentaires de la Confédération néerlandaise des syndicats (FNV) qui figurent dans le rapport national. Le Comité prend également note des commentaires soumis par la section néerlandaise de la Commission internationale de juristes (NJCM) le 1er juillet 2021 et de la réponse du gouvernement à ces commentaires soumise le 17 septembre 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 conclusion précédente, le Comité a conclu que la situation des Pays-Bas était conforme à l'article 11§1 de la Charte (Conclusions 2013). Par conséquent, l'appréciation du Comité ne portera que sur les informations fournies par le gouvernement en réponse aux questions ciblées.

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

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

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.).

Le rapport fournit des statistiques concernant l'espérance de vie des hommes et des femmes. En 2018, l'espérance de vie générale des femmes était supérieure à celle des hommes de 3,1 ans (83,3 ans contre 80,2 ans). Pour autant, les femmes peuvent s'attendre à vivre moins d'années en bonne santé que les hommes. Le rapport indique qu'en 2018, les femmes avaient une espérance de vie sans incapacité inférieure à celle des hommes. Par exemple, si l'on prend comme critère le fait de se considérer en bonne santé, l'écart entre les espérances de vie était de 4,6 ans ; il était de 5,4 ans pour l'espérance de vie sans incapacité, de 10,2 ans sans maladie chronique et de 4,2 ans sans une bonne santé mentale. Le rapport précise également qu'en 2018, l'espérance de vie sans maladie chronique était supérieure de 7,1 ans pour les hommes (47,3 ans pour les hommes contre 40,2 ans pour les femmes), alors que l'espérance de vie avec une maladie chronique était supérieure de 10,2 ans pour les femmes (43,1 ans pour les femmes contre 32,9 ans pour les hommes). Les femmes qui ont une maladie chronique vivent donc beaucoup plus longtemps que les hommes. Près des trois quarts de la différence – importante – d'espérance de vie à

la naissance entre les hommes et les femmes (10,3 ans) sont dus à l'apparition d'une maladie chronique avant 65 ans.

Le rapport indique en outre que si l'on considère les tendances purement démographiques, le nombre absolu de personnes atteintes de démence, d'insuffisance cardiaque ou de la maladie de Parkinson augmentera de 60 % ou plus dans la période 2015-2040. Étant donné que ces maladies surviennent principalement chez les personnes âgées, le vieillissement de la population entraîne une augmentation du nombre absolu des personnes qui en sont atteintes. À l'inverse, les problèmes de santé moins courants chez les personnes âgées (accidents du travail, épuisement émotionnel, burnout, etc.) diminuent en raison des tendances démographiques (vieillesse). L'augmentation et la diminution peuvent être plus ou moins importantes en fonction de la variation des facteurs qui influent sur le risque de développer telle ou telle maladie (évolutions épidémiologiques).

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

Le Comité note que, selon les commentaires soumis par la section néerlandaise de la Commission internationale de juristes, l'espérance de vie dans les zones rurales, en particulier dans les régions dites « krimp » est quelque peu plus faible qu'ailleurs aux Pays-Bas. Les mêmes commentaires indiquent que dans les « régions de krimp », il y a plus de personnes souffrant d'hypertension ou d'obésité, plus de personnes fument et plus de personnes sont à risque de dépression ou de troubles anxieux. Le NJCM soulève également des inquiétudes liées à l'accessibilité des services de santé dans les zones rurales, à savoir le manque de professionnels et d'installations de santé, le fait que les installations et les professionnels disponibles sont difficiles d'accès physiquement, et les coûts croissants des soins de santé dans le « krimp- régions » ainsi que les problèmes budgétaires rencontrés par les municipalités dans ces domaines.

Dans sa réponse aux commentaires de la NJCM, le gouvernement souligne que les municipalités sont chargées de fournir une assistance sociale aux personnes dans le besoin conformément à la loi sur l'aide sociale de 2015. Cette loi donne aux municipalités une grande flexibilité pour créer des politiques adaptées à la situation locale, également dans les régions rurales. Le gouvernement déclare que la loi garantit que les personnes handicapées ont droit à une assistance appropriée. Il déclare également que les déficits financiers au sein d'un budget municipal ne constituent pas un motif de refus de soins.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les mesures prises pour combler les écarts existants entre les régions rurales et urbaines en matière de prestation de soins de santé.

Accès aux soins de santé

En réponse à la question ciblée du Comité concernant 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), le rapport indique que les Pays-Bas sont particulièrement attachés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs. Les soins de santé sexuelle sont gratuitement dispensés par les médecins généralistes. Les frais sont couverts par l'assurance maladie moyennant une contribution personnelle. Outre l'accès régulier aux soins de santé sexuelle dont bénéficient certains groupes cibles (jeunes de moins de 23 ans et travailleurs du sexe par exemple), ce type de soins est également proposé gratuitement et de façon anonyme

dans les cliniques régionales de santé sexuelle. Le rapport précise également que pendant les tout premiers mois de l'épidémie de covid-19 (hors période de référence), l'accès aux soins de santé sexuelle via ces cliniques régionales a été très limité, car le secteur régional de la santé a concentré ses efforts sur la lutte contre l'épidémie ; depuis, ce service a été rétabli.

Le rapport indique qu'il existe 15 cliniques pratiquant l'avortement aux Pays-Bas. Les soins d'avortement sont librement et gratuitement accessibles pour les femmes vivant dans le pays, sans être adressées par un médecin généraliste. Les cliniques pratiquant l'avortement fournissent également des informations sur la contraception et sur la prévention des grossesses non planifiées. Le contrôle des naissances, et en particulier la pilule, est une méthode importante de prévention des grossesses non planifiées. La pilule est prescrite par les médecins généralistes et prise en charge par l'assurance maladie, moyennant une contribution personnelle. Le rapport fournit des données statistiques sur les avortements : sur un total de 31 002 avortements pratiqués en 2018, 27 620 concernaient des femmes vivant aux Pays-Bas et 2 520 des grossesses précoces, dont 49 grossesses de filles de moins de 15 ans.

Le Comité prend note du commentaire de la Confédération néerlandaise des syndicats (FNV), qui souligne que la contribution personnelle pour les produits liés à la procréation constitue pour les filles et les femmes un obstacle à l'achat de contraceptifs. Selon la FNV, la contraception devrait être exclue des contributions personnelles ou « *eigen risico* » (*propres risques*). Le Comité invite le Gouvernement à lui communiquer ses commentaires à ce sujet. Il demande également des informations sur la part du coût des contraceptifs qui n'est pas couverte par l'État (lorsque cette dépense n'est pas totalement remboursée par ce dernier).

Le rapport fournit aussi des données statistiques sur les maternités précoces, qui indiquent une tendance à la baisse (1 779 mères adolescentes au total au 1^{er} janvier 2019 contre 1 984 en 2018). Le nombre d'enfants nés de mères de moins de 20 ans a également diminué. En 2018, 1 310 enfants sont nés de mères adolescentes, contre 1 410 l'année précédente. Le nombre de mères adolescentes a nettement diminué entre 2010 et 2018, avec un écart de près de 1 500.

Le Comité relève dans les données Eurostat que le taux de mortalité infantile était de 3,6 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2019 (contre 3,3 en 2015), tandis que la moyenne de l'Union européenne s'établissait à 3,4 en 2019. Notant la hausse du taux de mortalité infantile pendant la période de référence, le Comité demande des informations sur les mesures prises pour réduire ce taux.

D'après les données de la Banque mondiale, le taux de mortalité maternelle a diminué, passant de 6 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015 à 5 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2017 (en 2017, la moyenne de l'Union européenne s'établissait à 6 décès pour 100 000 naissances vivantes).

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

Le Comité rappelle que la reconnaissance par l'État de l'identité de genre d'une personne est en soi un droit reconnu par le droit international des droits de l'homme, notamment par la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, et qui revêt de l'importance

pour garantir le plein exercice de tous les droits humains. Il rappelle également qu'aucun traitement médical mis en œuvre sans le consentement libre et éclairé de l'intéressé (sauf exceptions strictes) ne saurait être compatible avec l'intégrité physique ou le droit à la protection de la santé. La garantie d'un consentement éclairé est essentielle à l'exercice du droit à la santé ; elle fait partie intégrante de l'autonomie et de la dignité humaine, ainsi que de l'obligation de protéger le droit à la santé (*Transgender Europe et ILGA-Europe c. République tchèque*, op. cit., paragraphes 78 et 82).

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

Le Comité a demandé, sous forme de question ciblée, des informations sur les mesures permettant de garantir un consentement éclairé aux interventions médicales ou aux traitements médicaux (au regard de l'article 11§2). Le rapport indique que la loi sur le contrat régissant les soins médicaux garantit que les patients disposent d'informations suffisantes avant de consentir à une intervention ou un traitement médical. Le Comité note que depuis le 1^{er} janvier 2020 (en dehors de la période de référence), ce droit a été complété par plusieurs garanties visant à faciliter une délibération appropriée entre les professionnels de santé et les patients sur les différents traitements, y compris celles proposées par d'autres prestataires de services de santé. De ce fait, selon le rapport, les patients sont désormais mieux à même d'avoir un véritable échange de vues avec les professionnels de santé et de décider ensemble d'un traitement particulier.

Covid-19

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

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

En ce qui concerne la prise en charge des malades, le rapport indique que les Pays-Bas ont mis en place plusieurs mesures pour veiller à la disponibilité, en nombre suffisant, de dispositifs médicaux, de personnels médicaux, de capacités hospitalières et d'EPI (équipements de protection individuelle). Au début de la pandémie, les Pays-Bas ont créé un centre national chargé d'acheter des dispositifs médicaux et de les distribuer équitablement sur l'ensemble du territoire. Les hôpitaux peuvent faire appel à du personnel médical temporaire pour répondre à leurs besoins. Les intéressés peuvent postuler ou se porter volontaires en ligne. Les Pays-Bas envisagent également la possibilité de monter une équipe flexible de professionnels de la santé pouvant être déployée en cas de besoin. Enfin, une campagne publique de grande ampleur a été lancée pour inciter d'autres professionnels de la santé à venir en renfort. Le rapport fournit également des informations sur les capacités des unités de soins intensifs en 2020. Il indique qu'une évaluation complète de l'efficacité de ces mesures est prévue à brève échéance.

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 des Pays-Bas 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 des Pays-Bas.

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la situation des Pays-Bas 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 ce qui concerne l'éducation à la santé sexuelle et reproductive, le rapport indique que de nouvelles initiatives visant à réduire le nombre de grossesses non désirées et non planifiées ont vu le jour, notamment le soutien en faveur de cours d'éducation sexuelle complets, adaptés à chaque type d'enseignement secondaire. En outre, il est prévu qu'une campagne multimédia portera prochainement sur l'utilisation responsable des moyens de contraception et les conséquences des grossesses non planifiées ou non désirées. Le Comité prend note des autres mesures relatives aux grossesses non désirées qui ont été prises en 2020 (en dehors de la période de référence) et les examinera dans le cadre du prochain cycle.

Quant à l'éducation à la santé en milieu scolaire, le rapport indique que les « objectifs à atteindre » en vigueur dans l'enseignement primaire et secondaire précisent ce que les établissements scolaires doivent inscrire dans leur cursus. Toutefois, chaque établissement est libre de déterminer les moyens à mettre en œuvre pour les réaliser. Selon le rapport, les objectifs à atteindre en matière de sexualité et de diversité sexuelle couvrent actuellement « l'apprentissage du respect de la sexualité et de la diversité, y compris la diversité sexuelle, dans la société ». Les méthodes d'enseignement les plus courantes prennent également en compte les comportements sexuels inappropriés, tels que le sexting non désiré. Le rapport précise en outre que les objectifs à atteindre seront revus prochainement afin de doter les établissements scolaires et les enseignants d'un cadre plus clair, qui devra être respecté dans le cadre de l'éducation à la sexualité, à la résilience sexuelle, à la diversité sexuelle et de genre. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les développements en la matière.

Par ailleurs, le rapport indique que les questions de sexualité sont également traitées dans le cadre de la formation des enseignants. Le programme de formation des enseignants du primaire et de deuxième année a été revu pour inclure la diversité sexuelle et de genre. La Fondation École et sécurité (*Stichting School en Veiligheid*) a élaboré, avec le soutien du ministère de l'Éducation, de la Culture et des Sciences, des supports qui peuvent être utilisés pour la formation continue et la formation des enseignants, y compris dans les universités et dans d'autres établissements d'enseignement supérieur.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur l'éducation à la santé et les stratégies de prévention associées (notamment par le biais de l'autonomisation,

utile pour remédier aux comportements d'automutilation, aux troubles de l'alimentation, à la consommation d'alcool et de drogues) au niveau de la population, tout au long de la vie ou en formation continue.

Dans ses questions ciblées, le Comité a également demandé ciblées, des informations sur la sensibilisation et l'éducation en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre (OSIG) et de violence fondée sur le genre. Le rapport ne contient pas d'informations sur la sensibilisation et l'éducation en matière de violence fondée sur le genre. Par conséquent, le Comité réitère sa question. Il souligne que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation des Pays-Bas 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 des Pays-Bas 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).

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 des Pays-Bas.

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

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

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

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

Services de santé dans les lieux de détention

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

Le rapport contient des informations sur l'organisation des services médicaux dans les prisons, les effectifs, les orientations méthodologiques, le dépistage initial et la prévention des maladies infectieuses. Les détenus ont accès aux services médicaux internes ou peuvent être orientés vers des services externes pour un traitement spécialisé. L'Agence des établissements pénitentiaires fournit un ensemble de services aligné sur l'offre de base prévue par la Loi sur l'assurance maladie. Chaque prison dispose d'un psychiatre et d'un psychologue, mais les détenus peuvent également recevoir, dans un centre psychiatrique pénitentiaire et sous la supervision d'une équipe multidisciplinaire, des soins axés sur la stabilisation, le rétablissement et la réinsertion. Les détenus souffrant de troubles mentaux peuvent également être orientés vers des structures de soins de santé mentale en dehors du système pénitentiaire.

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.

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

Le Comité constate que le présent rapport ne contient pas les informations demandées. Il réitère donc sa demande et considère que dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation des Pays-Bas est conforme à l'article 11§3 de la Charte.

Prévention de la toxicomanie et réduction des risques

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

Le Comité constate que le présent rapport ne contient pas les informations demandées. Il réitère donc sa demande et considère que dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation des Pays-Bas est conforme à l'article 11§3 de la Charte.

Environnement sain

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

Le Comité constate que le présent rapport ne contient pas les informations demandées. Il réitère donc sa demande et considère que dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation des Pays-Bas est conforme à l'article 11§3 de la Charte.

Vaccinations et surveillance épidémiologique

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

Le rapport fournit des informations sur les différents acteurs institutionnels chargés de la recherche de vaccins, de leur acquisition et de la promotion de partenariats public-privé.

Covid-19

Le Comité a demandé aux États parties d'évaluer l'adéquation des mesures prises pour limiter la propagation du virus de la covid-19 au sein de la population (dépistage et traçage, distanciation physique et auto-isolement, fourniture de masques chirurgicaux, de produits désinfectants, etc.).

Le rapport présente brièvement les mesures préventives prises pour limiter la propagation du virus de la covid-19, notamment les tests, l'acquisition d'équipements de protection individuelle, l'imposition d'obligations d'auto-isolement, de distanciation physique, de port de masques et de travail à domicile, ainsi qu'une communication publique efficace.

Conclusion

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

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 1 - Existence d'un système de sécurité sociale

Le Comité note qu'aucune question ciblée n'a été posée au titre de cette disposition. La conclusion précédente ayant conclu à la conformité de la situation, il n'y a pas eu d'examen de la situation en 2021.

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

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

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport des Pays-Bas.

Le Comité rappelle que les Pays-Bas ont ratifié le Code européen de sécurité sociale et son Protocole le 16 mars 1967, et ont accepté toutes les parties du Code. Ils ont toutefois dénoncé la partie VI (prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles) avec effet au 17 mars 2008.

Le Comité relève dans la Résolution CM/ResCSS(2020)12 du Comité des Ministres sur l'application du Code européen de sécurité sociale et de son Protocole par les Pays-Bas (période du 1^{er} juillet 2018 au 30 juin 2019) que la législation et la pratique des Pays-Bas continuent à donner pleinement effet à toutes les parties acceptées du Code et du Protocole, à l'exception de la partie IV (prestations de chômage).

Le Comité rappelle que pour être conforme à l'article 12§2 de la Charte, le système de sécurité sociale des Etats parties doit couvrir au moins six des parties II à X du Code européen de sécurité sociale (la partie II, soins médicaux, comptant pour deux, et la partie V, prestations de vieillesse, pour trois parties). A cet égard, le Comité note que malgré la non-conformité à la partie IV, la législation et la pratique des Pays-Bas donnent pleinement effet à plus de six parties du Code.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation des Pays-Bas 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 des Pays-Bas, y compris des commentaires de la Confédération syndicale des Pays-Bas (FNV) qu'il inclut.

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

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

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

Travailleurs des plateformes numériques

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

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

Dans son rapport, le Gouvernement indique que la couverture sociale des personnes qui sont employées via des plateformes numériques dépend du type de contrat sur la base duquel elles effectuent leur travail. Si ces personnes travaillent pour une plateforme numérique dans le cadre d'un contrat de travail, elles sont couvertes par l'assurance nationale en cas de chômage (loi sur l'assurance chômage), de maladie (loi sur les prestations de maladie) et d'invalidité (loi sur le travail et le revenu). Si elles sont indépendantes, elles ne sont pas automatiquement assurées contre le chômage, la maladie et l'incapacité de travail et doivent souscrire une assurance privée contre ces risques. Si nécessaire, elles peuvent demander des prestations d'assistance sociale, i.e. des

prestations de revenu minimum, sous certaines conditions (loi sur la participation). Le Gouvernement donne en outre des informations sur les conditions d'octroi et les montants des prestations de chômage, de maladie et d'invalidité pour les salariés.

Il ressort d'autres sources que les autorités néerlandaises se penchent depuis quelque temps sur l'économie à la demande ou l'économie de plateforme. A titre d'exemple, une étude sur « La montée et la croissance de l'économie à la demande » a été réalisée à la requête du ministère des Affaires sociales et de l'Emploi, et publiée en janvier 2018. Cette étude, qui porte notamment sur le travail physique médiatisé et organisé via une plateforme (e.g. la livraison de nourriture, le transport de passagers, des services professionnels et domestiques comme le nettoyage), a examiné, entre autres, le potentiel de cette économie, les pratiques de travail et les implications en matière de droit du travail et de droit de la sécurité sociale.

Le Comité prend note de ces informations, qui sont utiles mais ne lui permettent pas d'avoir une image complète de la couverture sociale dont bénéficient les travailleurs des plateformes numériques. Il demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées et détaillées sur le nombre de travailleurs des plateformes numériques/leur proportion (pourcentage) par rapport au nombre total de travailleurs, leur statut (salariés, indépendants et/ou autre catégorie), le nombre/pourcentage de ces travailleurs par statut ainsi que la couverture sociale dont ils bénéficient (par statut). Le Comité demande également si, sur la base des études qui ont été menées, des mesures ont été prises ou sont envisagées pour améliorer la couverture sociale des travailleurs des plateformes numériques.

Covid-19

En réponse à la seconde question, le Gouvernement indique que deux mesures ont été introduites en 2020 pour atténuer l'impact négatif de la pandémie : le programme temporaire d'urgence pour le maintien de l'emploi (NOW) et le régime transitoire pour les travailleurs flexibles (TOFA). Le NOW vise à permettre aux entreprises touchées par la crise liée à la covid-19 de ne pas licencier leurs employés. A cette fin, le Gouvernement a payé jusqu'à 90 % des coûts salariaux de ces entreprises du 1^{er} mars au 1^{er} juin 2020 (première tranche) puis du 1^{er} juin au 1^{er} octobre 2020 (deuxième tranche). Le TOFA a été créé pour les travailleurs qui ne peuvent prétendre ni aux allocations de chômage (par exemple parce qu'ils n'ont été employés que durant une courte période) ni aux prestations d'assistance sociale (par exemple en raison du revenu de leur partenaire), à la condition d'avoir perçu un revenu minimum de 400 € en février 2020, et un revenu maximum de 550 € en avril 2020. Les travailleurs éligibles ont eu droit à une allocation mensuelle de 550 € pour les mois de mars, avril et mai 2020.

La Confédération syndicale des Pays-Bas souligne que la situation des travailleurs domestiques (selon la réglementation des services domestiques) est problématique car ils sont exclus par la législation nationale de certaines formes de sécurité sociale. Ainsi, ils ne perçoivent pas d'allocations de chômage, et les indemnités pour arrêt maladie sont limitées à six semaines. La Confédération syndicale ajoute que l'absence d'allocations de chômage a rendu ce groupe de travailleurs extrêmement vulnérable pendant le confinement imposé en raison de la pandémie.

Conclusion

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

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

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

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

Conclusion

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

- l'exportation des assurances sociales (hormis les prestations vieillesse) n'est pas assurée aux ressortissants des États parties qui ne sont pas couverts par la réglementation de l'UE ;
- l'exportation des prestations supplémentaires n'est pas assurée aux ressortissants des États parties qui ne sont pas couverts par la réglementation de l'UE.

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 présenté par les Pays-Bas.

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 avait ajourné sa conclusion.

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

Le Comité note dans le rapport que la loi sur la participation est entrée en vigueur le 1er janvier 2015, remplaçant la loi sur le travail et l'aide sociale, la loi sur l'emploi protégé et une grande partie de la loi sur le travail et l'aide à l'emploi (jeunes handicapés). L'objectif de cette nouvelle législation est, selon le rapport, d'aider davantage de personnes, y compris celles souffrant d'un handicap limitant le travail, à trouver un emploi. Toute personne capable de travailler, mais qui ne peut trouver sa place sur le marché du travail sans soutien, relève de la loi sur la participation.

Les municipalités sont responsables de l'application de la loi et sont censées soutenir les personnes du groupe cible pour leur permettre d'accéder à l'emploi. Les personnes âgées de 18 ans ou plus qui résident légalement aux Pays-Bas, qui ne peuvent faire appel à d'autres services ou prestations sociales et qui ne sont pas en prison ou en maison d'arrêt ont droit à une prestation d'aide sociale si leurs revenus ou leur patrimoine personnel sont insuffisants pour subvenir à leurs besoins. Par revenu insuffisant, on entend un revenu individuel ou collectif inférieur au revenu minimum. Le niveau de revenu minimum est généralement équivalent au revenu minimum garanti fourni par l'aide sociale.

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 le rapport, une personne seule sans ressources a reçu 1025,55 € nets par mois au 1er janvier 2019, y compris le pécule de vacances (73,25 €). Les couples mariés ou cohabitant recevaient 1465,07 € nets par mois, y compris le pécule de vacances (73,25 €). Lorsque les bénéficiaires âgés de 21 ans ou plus vivent dans le même ménage qu'un ou plusieurs adultes avec lesquels ils peuvent partager les coûts, un montant inférieur s'applique sur la base de la norme de partage des coûts.
- Prestations supplémentaires : le Comité note, d'après le MISSOC, que dans certains cas, une personne peut avoir droit à une allocation de loyer, en fonction,

entre autres, de ses revenus, de son loyer, de ses biens et de son âge. Cette prestation est indépendante de la prestation minimale de base. Le rapport indique en outre que les personnes âgées, les malades, les personnes à charge survivantes et les personnes en incapacité partielle ou totale de travail peuvent prétendre à divers autres régimes de prestations, sous réserve de certaines conditions. En vertu de la loi sur les compléments de sécurité sociale, un certain nombre de prestations sont complétées pour atteindre le revenu minimum garanti. Diverses aides municipales sont disponibles pour aider les personnes dont les revenus sont proches ou égaux au revenu minimum garanti.

- Assistance médicale : le Comité a demandé dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013) d'indiquer le montant de la prestation moyenne de soins de santé. Aucune information n'est fournie à cet égard et le Comité réitère donc sa question. Si ces informations ne sont pas fournies dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte.
- Seuil de pauvreté (défini comme 50 % du revenu équivalent médian et calculé sur la base de la valeur du seuil de risque de pauvreté d'Eurostat) : il a été estimé à 1026 € par mois en 2019.

A la lumière des informations ci-dessus, le Comité considère que le niveau d'assistance sociale est adéquat.

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.

Les 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).

Aucune information n'est fournie sur ce point dans le rapport. Le Comité se réfère à son constat concernant la réclamation n° 86, ainsi que la réclamation n° 90, adopté en 2020 (Constats 2019), dans lequel il a conclu qu'en ce qui concerne la violation de l'article 13§1, il a été remédié à la situation puisque le droit à l'aide d'urgence pour les migrants adultes en situation irrégulière et sans ressources suffisantes aux Pays-Bas est garanti, et qu'ils ont accès aux services de base, notamment à un abri. Il considère donc que la situation est conforme à la Charte, mais il demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur l'accès des personnes en situation irrégulière à l'assistance médicale et sociale.

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

Le Comité prend note que, selon le rapport, depuis le début de la crise de la covid-19, le gouvernement s'est engagé à protéger les emplois et les entreprises. En outre, en

collaboration avec les municipalités et les organisations de la société civile, il s'efforce de faire en sorte que les personnes ayant des difficultés financières ne se retrouvent pas dans une situation plus grave du fait de la pandémie. Les Pays-Bas disposent d'une bonne infrastructure pour soutenir les personnes vivant dans la pauvreté et/ou endettées et pour aider les sans-abri, les municipalités et les organisations de la société civile jouant un rôle important. Grâce à un vaste ensemble de mesures de soutien et de relance, le gouvernement cherche à aider les gens à changer d'emploi ou à passer du chômage à l'emploi, à offrir des possibilités de formation, de recyclage et de développement, à lutter contre la pauvreté et l'endettement problématique, à s'attaquer au chômage des jeunes et à protéger les groupes vulnérables sur le marché du travail.

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

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation des Pays-Bas est conforme à l'article 13§1 de la Charte.

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 prend note du rapport soumis par les Pays-Bas.

Le Comité rappelle qu'aux fins du présent rapport, les États ont été invités à répondre à des questions ciblées, ainsi que, le cas échéant, à des conclusions antérieures de non-conformité ou de report (voir l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, par laquelle le Comité a demandé un rapport sur la mise en œuvre de la Charte en ce qui concerne les dispositions relevant du groupe thématique " Santé, sécurité sociale et protection sociale "). Cependant, aucune question ciblée n'a été posée en ce qui concerne l'article 13§4. Le Comité a reporté sa précédente conclusion en 2013. Aucune information au titre de l'article 13§4 n'est fournie dans le rapport.

Le Comité renvoie aux réclamations collectives FEANTSA c. Pays-Bas, réclamation n° 86/2012 et CEC c. Pays-Bas, réclamation n° 90/2013. Dans sa décision du 9 juillet 2014 sur la réclamation n° 86, le Comité conclut à une violation des articles 13§§1 et 4 au motif que le droit à l'aide d'urgence des migrants adultes en situation irrégulière et sans ressources suffisantes aux Pays-Bas n'est pas garanti et qu'il n'existe pas de droit de recours en matière d'octroi de l'aide d'urgence. A la même date où le Comité rend sa décision sur la réclamation n° 90, le Comité conclut à une violation de l'article 13§4 au motif que les mesures pratiques et juridiques existantes aux Pays-Bas dénie le droit à l'aide d'urgence aux migrants adultes en situation irrégulière et sans ressources suffisantes. Selon les Constats de 2019, il a été remédié à la situation sur ce point particulier, puisque les procédures d'urgence et l'accès à un abri et à d'autres besoins fondamentaux ont été assurés pour tous les migrants adultes, y compris ceux en situation irrégulière. Le suivi a donc été clôturé.

Le Comité a noté dans sa conclusion de 2013 que les étrangers en situation régulière mais sans permis de séjour sont en principe appelés à supporter les coûts des soins médicaux, sauf dans le cas des étrangers qui ont présenté une demande de permis de séjour ou qui contestent le refus d'un tel permis. En outre, tous les enfants ont accès gratuitement à certains traitements préventifs, examens et contrôles dentaires et les coûts des soins maternels et de l'accouchement sont entièrement couverts par le Conseil national des assurances maladie. Le Comité demande à nouveau au prochain rapport d'indiquer si les étrangers en situation régulière mais sans permis de séjour peuvent être dispensés des frais de soins médicaux d'urgence s'ils ne disposent pas de ressources et quels sont leurs droits à l'aide sociale d'urgence. Si ces informations ne sont pas fournies dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte. En attendant, le Comité réserve sa position sur ces points.

Conclusion

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

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 des Pays-Bas, ainsi que des commentaires de la section néerlandaise de la Commission internationale de juristes.

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

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

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

En réponse aux questions ciblées, le rapport indique que pendant la pandémie de COVID-19, la politique (notamment la loi sur le soutien social, la loi sur les soins chroniques et la loi sur les soins aux jeunes) visait à garantir la continuité des soins à court et à long terme. Le gouvernement a reconnu que la crise du COVID-19 a un impact énorme sur les prestataires de soins et les professionnels de la santé et prend des mesures pour résoudre les problèmes financiers auxquels sont confrontés les prestataires de soins en raison de la pandémie de COVID-19. Des dispositions ont été prises pour indemniser les prestataires de soins, en partie pour les dépenses supplémentaires qu'ils encourent et en partie pour toute baisse de la demande qu'ils subissent.

Une stratégie COVID-19 a été élaborée pour les personnes handicapées et/ou ayant des problèmes de santé sous-jacents (comme une maladie chronique). Lors de l'élaboration et de la mise en forme de cette stratégie, le gouvernement a travaillé en étroite collaboration avec les organisations de clients, les organismes de l'industrie et les associations professionnelles dès le début de la pandémie afin de gérer la crise de la meilleure façon possible. Une consultation hebdomadaire a lieu entre les organisations de clients et de patients. Cette stratégie comporte deux volets : d'une part, elle doit nous permettre d'aider au mieux les personnes handicapées à faire face aux conséquences de la crise pour elles et, d'autre part, elle doit garantir qu'une grande attention est accordée à ce groupe cible lors de la planification des mesures de distanciation sociale afin qu'il puisse continuer à participer à la société sur un pied d'égalité. Par ailleurs, dans le domaine des services d'aide à la jeunesse, le ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports a travaillé en étroite collaboration avec l'ensemble du secteur de l'aide à la jeunesse et a élaboré des lignes directrices et des conseils pratiques pour les professionnels, les parents et les jeunes. En outre, le gouvernement central et l'Association des municipalités néerlandaises ont conclu des accords financiers pour atténuer les conséquences de la crise pour les prestataires de soins et les municipalités.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation des Pays-Bas 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 des Pays-Bas, ainsi que des commentaires de la section néerlandaise de la Commission internationale de juristes.

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

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

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a estimé que la situation était conforme à la Charte. Le rapport prévoit qu'en 2018, une nouvelle loi sur les établissements de soins (participation des patients) a été adoptée. Les objectifs sont de renforcer la position des patients et de promouvoir la bonne gouvernance dans les institutions. Cette nouvelle législation définit les droits et les pouvoirs des conseils de patients, ainsi que les obligations et les droits des institutions. Les établissements dépassant une certaine taille (c'est-à-dire comptant plus de 10 prestataires de soins, ou dans certains cas plus de 25 prestataires de soins) sont tenus de créer un conseil des patients représentant les intérêts communs des patients et leur accordant un droit d'approbation sur toute une série de sujets, en particulier ceux qui affectent directement les patients, et un droit d'avis consultatif sur d'autres sujets. Les établissements sont également tenus de fournir des installations aux conseils de patients et de couvrir les frais de formation, de réunion, etc. La loi prévoit un certain nombre de règles supplémentaires pour les institutions fournissant des soins chroniques, en partant du principe qu'un séjour de longue durée peut avoir un impact particulièrement important sur la vie quotidienne des patients. En plus de permettre au conseil des patients de participer à un nombre encore plus grand de décisions, ces établissements – quelle que soit leur taille – doivent donner à tous les patients (et à leurs représentants) la possibilité de s'exprimer sur les questions qui affectent leur vie quotidienne. La nouvelle loi a été élaborée en étroite collaboration avec les organisations de conseils de patients et les organisations d'établissements de soins. Un guide pratique a également été élaboré conjointement avec ces organisations dans le but de promouvoir et de faciliter la participation des patients.

En outre, la loi sur la jeunesse (2015) vise à utiliser davantage les ressources des jeunes, de leurs parents et du réseau social de la famille. Le réseau national de connaissances des jeunes et des parents Les conseils de la jeunesse dans les institutions de protection de la jeunesse donnent aux jeunes pris en charge la possibilité de s'exprimer et de s'impliquer. Ces conseils de la jeunesse sont organisés à l'échelle nationale au sein du Conseil de la protection de la jeunesse. Les jeunes sont également impliqués dans la réforme de l'aide à la jeunesse. Par exemple, ils sont représentés au sein de StroomOp, le groupe de professionnels qui met en œuvre la réforme de la protection de la jeunesse. Le gouvernement central encourage la participation des jeunes en accordant des subventions

au Conseil national de la jeunesse et à de jeunes conseillers ayant une expérience directe du système de protection de la jeunesse, ce qui les aide à faire entendre leur voix aux niveaux local et national. Les ministres discutent également avec les jeunes et les organisations de jeunesse sur les questions politiques pertinentes. Le ministère de la santé, du bien-être et des sports discute actuellement avec l'Institut néerlandais de la jeunesse et le Conseil national de la jeunesse de l'organisation de la participation des jeunes. Au niveau national, les jeunes et les organisations de patients sont également consultés sur les propositions de loi. Un exemple récent concerne deux projets de loi : l'un visant à améliorer la disponibilité des soins pour les jeunes et l'autre sur le statut juridique des institutions de jeunesse sécurisées.

Le rapport fournit un autre exemple d'implication des personnes handicapées et atteintes de maladies chroniques dans l'établissement d'une stratégie pour la pandémie de COVID-19 et son suivi.

Le Comité demande quelles mesures, notamment législatives ou budgétaires, ont été adoptées ou envisagées pour favoriser la participation des usagers dans d'autres domaines des services sociaux ou si certains principes généraux sont appliqués à cet égard et comment ils sont mis en œuvre.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation des Pays-Bas 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 des Pays-Bas.

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

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

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

La précédente Conclusion constatait que la situation n'était pas conforme au motif qu'il n'y avait pas de cadre législatif approprié pour combattre la discrimination fondée sur l'âge en dehors de l'emploi (Conclusions 2013).

Autonomie, inclusion et citoyenneté active

Cadre législatif

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

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

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

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

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

La Charte met globalement l'accent sur le recours aux droits sociaux pour renforcer l'autonomie individuelle et le respect de la dignité des personnes âgées et de leur droit à

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

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

Le Comité a précédemment conclu que la situation n'était pas conforme à l'article 23 de la Charte au motif qu'il n'existe pas de cadre législatif adéquat interdisant la discrimination fondée sur l'âge en dehors de l'emploi (Conclusions 2013).

Le rapport ne contient aucune information sur ce point. En conséquence, le Comité réitère sa conclusion précédente.

Le Comité a précédemment demandé si une procédure légale d'assistance à la prise de décision a été mise en place pour les personnes âgées (Conclusions 2013). Le rapport ne contenant aucune information à ce sujet, le Comité réitère donc sa question.

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

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

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

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

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 (au-delà du contexte institutionnel de prise en charge) ou toute mesure législative ou autre. Il demande également si des données ont été recueillies indiquant la prévalence de la maltraitance des personnes âgées.

Vie indépendante et soins de longue durée

Le Comité demande si des mesures ont été prises pour abandonner l'institutionnalisation des personnes âgées et adopter un modèle de soins et de prise en charge de longue durée au sein de la collectivité. Le Comité rappelle que l'article 23 dispose que des mesures doivent être prises pour permettre aux personnes âgées de mener une vie indépendante

dans leur environnement familial. Le Comité estime que les personnes âgées nécessitant des soins de longue durée doivent pouvoir choisir leur milieu de vie. En particulier, cela exige des États qu'ils prennent des dispositions adéquates en faveur d'une vie autonome, notamment la mise à disposition de logements adaptés à leurs besoins et à leur état de santé, ainsi que les ressources et les aides nécessaires pour rendre cette vie la plus indépendante possible.

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

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 rappelle que, selon ses conclusions précédentes, en vertu de la loi relative à l'accompagnement social (WMO), les collectivités locales sont tenues de prendre des mesures pour que les personnes puissent rester autonomes le plus longtemps possible et pour leur permettre de participer à la vie sociale. Les collectivités locales fournissent des services sociaux. L'aide est apportée en général gratuitement ; toutefois, une contribution personnelle est demandée dans certains cas. Les collectivités locales peuvent aussi octroyer une allocation pour permettre aux bénéficiaires de financer le soutien dont ils ont besoin (Conclusions 2013).

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

Le Comité a précédemment demandé si des informations, des formations et des services de relève ou de dépannage étaient proposés aux familles qui s'occupent de parents âgés, en particulier de parents très dépendants (Conclusions 2013). Aucune information n'est fournie dans le rapport. Le Comité demande quel soutien est mis à la disposition des aidants informels.

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

Logement

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

Soins de santé

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

Le Comité 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. Les jugements implicites sur la « qualité de vie » ou la « valeur » de la vie des personnes âgées ont pris trop de place dans la définition des limites de ces politiques de triage.

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

Soins en institution

Le Comité a précédemment demandé des informations supplémentaires sur le contrôle/ les inspections des soins en institution et le coût des soins en institution (Conclusions 2013). Aucune information n'est donnée à ce sujet. Le Comité demande que ces informations figurent dans le prochain rapport.

Le Comité relève d'après les informations contenues dans le rapport eu égard à l'article 14 de la Charte qu'une nouvelle loi relative aux institutions de prise en charge (participation des patients) a été adoptée en 2018. Ses objectifs sont de renforcer la position des patients et de promouvoir la bonne gouvernance dans les institutions. Cette nouvelle loi définit les droits et les pouvoirs des conseils de patients, ainsi que les obligations des institutions. Les établissements dépassant une certaine taille doivent mettre en place un conseil de patients représentant leurs intérêts communs. Les conseils de patients ont un droit d'approbation sur tout un éventail de sujets, en particulier ceux qui les touchent directement, et ont le droit d'émettre un avis consultatif sur d'autres sujets. La loi contient un certain nombre de règles supplémentaires pour les institutions de soins de longue durée. Ces dernières – quelle que soit leur taille – doivent donner à tous les patients (et à leurs représentants) la possibilité de s'exprimer sur des sujets qui touchent leur vie quotidienne.

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

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. À cette fin, le Comité tient également compte des indicateurs relatifs aux seuils de risque de pauvreté pour les personnes de 65 ans et plus.

Le Comité a précédemment constaté que la prestation minimale de vieillesse était au-dessus du seuil de pauvreté fixé à 50 % du revenu équivalent médian et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté établi par Eurostat (Conclusions 2013). Toutefois, il a également constaté dans Eurostat qu'en 2011, 1,8 % des personnes âgées de 65 ans percevaient un revenu de moins de 40 % du revenu équivalent médian. Le Comité a demandé des informations sur les mesures prises pour remédier à cette situation (Conclusions 2013).

Le rapport fournit des informations générales sur le système des prestations de vieillesse aux Pays-Bas mais aucune ni sur les montants, ni sur le nombre de personnes de plus de 65 ans dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté.

Le Comité relève dans la base MISSOC que le montant de la pension payable après 50 ans de cotisation à une assurance était en juillet 2019 de 228,22 € par mois pour une personne seule, et de 843,78 € pour deux personnes mariées ou non mariées partageant un même foyer. Une réduction de 2 % du montant total est opérée pour chaque année où l'intéressé n'était pas assuré. Si les personnes ne sont pas éligibles pour une pension à taux plein, des compléments peuvent être versés pour accroître les revenus afin d'atteindre le revenu minimum garanti.

Le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu équivalent médian et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté établi par Eurostat, était estimé à 1 026 € en 2019. Le Comité constate que les pensions servies à taux plein sont supérieures au seuil de pauvreté. Il demande toutefois que le prochain rapport fournisse des informations à jour sur le revenu minimum garanti pour les personnes âgées, ainsi que des informations sur le pourcentage de personnes dont le revenu est inférieur à 40 % du revenu équivalent médian et sur les mesures prises pour remédier à leur situation.

Covid-19

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

Selon le rapport, afin de protéger les personnes âgées placées en institution (foyers ou maisons médicalisés), le Comité ministériel de gestion de la crise a décidé le 19 mars 2020 de clore à titre préventif les foyers et les petites résidences pour personnes âgées aux visiteurs et à toute autre personne non essentielle pour les soins de base.

L'Institut national de la santé publique et de l'environnement (RIVM) a élaboré des lignes directrices sur l'utilisation des EPI par le personnel soignant et sur le dépistage des patients et du personnel soignant.

Les spécialistes en gériatrie ont élaboré des lignes directrices de traitement, définissant le bon diagnostic, la prévention et le traitement des résidents atteints de la covid-19.

Les équipes de soutien social des quartiers et un vaste réseau de bénévoles ont aidé les gens pendant le confinement. En outre, les municipalités ont tout mis en œuvre pour veiller à ce que les groupes les plus vulnérables continuent à bénéficier de soins et de soutien.

Afin que les habitants de leurs communes soient correctement informés, les municipalités ont créé une page internet sur la covid-19 et plusieurs ont également envoyé une lettre aux personnes âgées ou à tous les habitants pour leur faire savoir où ils pouvaient trouver de l'aide.

Le ministère de la Santé, du Bien-être et du Sport continue aussi de consulter les organisations de soutien et de prise en charge, les patients, les clients, les personnes âgées et les municipalités pour discuter de ce dont ils ont besoin et de la manière dont nous pouvons travailler ensemble pour éviter autant que possible une deuxième vague, et veiller à ce que les personnes ayant des problèmes de santé puissent continuer à participer à la vie en société.

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

Conclusion

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

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

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport des Pays-Bas.

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 conclu que la situation des Pays-Bas a été conforme à l'article 30 de la Charte (Conclusions 2013).

Mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale

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

Le Comité note que le rapport fournit des statistiques sur la pauvreté fondées sur les données Eurostat. Il constate que le taux de risque de pauvreté (le seuil étant fixé à 60 % du revenu médian ajusté après transferts sociaux), peu élevé, mais en légère augmentation pendant la période de référence, est passé de 12,7 % en 2016 à 13,2 % en 2019 (dans les 28 pays de l'Union européenne, ce taux était de 17,3 % en 2016 et de 16,8 % en 2019). Il observe également que le taux de risque de pauvreté (après transferts sociaux) ne différerait quasiment pas en fonction du sexe (moins de 0,5 % environ pendant la période de référence).

Le taux de risque de pauvreté des chômeurs (de 16 à 64 ans) a augmenté pendant la période de référence : il est passé de 44,7 % en 2016 à 46,9 % en 2018 pour s'établir à 54,1 % en 2019. Le Comité observe cependant qu'au début de la période de référence, ces taux étaient inférieurs à la moyenne des 28 pays de l'Union européenne (48,7 % en 2016 et 2018, mais 48,6 % en 2019). En revanche, le taux de risque de pauvreté des personnes occupant un emploi (de 16 à 64 ans) a diminué au cours de la période de référence (5,6 % en 2016, 6,1 % en 2017 et 2018 et 5,4 % en 2019). Ces taux étaient inférieurs de moitié à la moyenne des 28 pays de l'Union européenne (9,6 % en 2016, 9,4 % en 2017 et 2018 et 9,2 % en 2019).

Le taux de risque de pauvreté (le seuil étant fixé à 60 % du revenu médian ajusté après transferts sociaux) des personnes de plus de 65 ans, également peu élevé, mais en légère augmentation pendant la période de référence, est passé de 9 % en 2016 à 11,8 % en 2019 (contre 5,6 % en 2015 ou 5,2 % en 2012). Le Comité note que ces taux restaient néanmoins

largement inférieurs à la moyenne des 28 pays de l'Union européenne (respectivement 14,5 % et 16,5 %). S'agissant des enfants (moins de 16 ans), le taux de risque de pauvreté, en légère baisse au cours de la période de référence, est passé de 14,8 % en 2016 à 13,6 % en 2019.

En comparant les taux de risque de pauvreté avant et après transferts sociaux, le Comité note également que l'impact des prestations sociales a légèrement baissé pendant la période de référence (9,4 % en 2016, 8,5 % en 2018 et 8,1 % en 2019).

Concernant l'indicateur des personnes en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (ARPE), qui, selon la méthodologie Eurostat, correspond au nombre de personnes qui (1) sont menacées par la pauvreté et/ou (2) vivent dans le dénuement matériel et/ou (3) vivent dans des ménages à très faible intensité de travail, le Comité observe que 16,7 % de la population était exposée au risque de pauvreté ou d'exclusion sociale en 2016, 17 % en 2017, 16,7 % en 2018 et 16,5 % en 2019 (ce taux s'élevait dans les 28 pays de l'Union européenne à 23,5 % en 2016 et à 21,4 % en 2019).

En ce qui concerne les enfants (moins de 16 ans), le risque de pauvreté ou d'exclusion sociale, également en légère baisse pendant la période de référence, est passé de 17,2 % en 2016 à 15,3 % en 2019. Le Comité note que ces taux étaient nettement inférieurs à la moyenne des 28 pays de l'Union européenne (respectivement 25,9 % et 23,1 %).

Le Comité note que les indicateurs de mesure de la pauvreté et des inégalités de revenus sont bas et qu'ils sont nettement inférieurs aux moyennes relevées dans l'Union européenne.

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

Le rapport précise que le gouvernement s'emploie à prévenir la pauvreté en appliquant une approche à quatre volets :

- (1) politique du marché du travail : promouvoir l'emploi et encourager davantage les bénéficiaires de l'assistance sociale à trouver un emploi ;
- (2) politique des revenus : s'occuper en priorité du pouvoir d'achat des personnes à faibles revenus et veiller à ce que le travail soit effectivement rémunéré ;
- (3) politique de garantie de revenus : garantir un revenu minimum à chacun ;
- (4) politique de lutte contre la pauvreté des enfants : offrir une assistance sociale à tout enfant vivant dans une famille à faibles revenus et réduire le nombre d'enfants qui grandissent dans la pauvreté.

D'après le rapport, deux initiatives spécifiques ont été lancées : Approche globale de la lutte contre l'endettement (*Brede Schuldenaanpak*) et Ambitions pour réduire la pauvreté des enfants (*Ambities Kinderarmoede*).

En ce qui concerne la première initiative, le rapport précise que depuis 2018, le gouvernement, en coopération avec les communes, les organisations chargées de la mise en œuvre et les organisations de la société civile, a œuvré au déploiement du plan d'action, qui comprend plus de 40 mesures pour lutter contre les problèmes d'endettement.

En ce qui concerne la seconde initiative, le rapport précise qu'en 2019, quatre objectifs ont été définis pour réduire davantage la pauvreté des enfants : (1) tout enfant grandissant dans une famille à faibles revenus peut bénéficier de l'aide sociale ; (2) le nombre de ménages à faibles revenus ayant des enfants doit diminuer au cours des prochaines années ; (3) des études seront régulièrement menées sur l'exclusion sociale des enfants et (4) les bonnes pratiques et initiatives seront régulièrement recensées par les communes et d'autres organisations locales et nationales, afin de prévenir la pauvreté des enfants et ses effets préjudiciables sur ces derniers. Le rapport précise que différentes mesures ont été mises en œuvre pour atteindre ces objectifs. Le Comité a déjà noté que le taux de risque de pauvreté et le taux d'exposition au risque de pauvreté et d'exclusion sociale des enfants (de moins de

16 ans) avaient baissé pendant la période de référence. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations sur la réalisation de ces objectifs dans le prochain rapport.

Le Comité relève dans le rapport 2019 relatif aux Pays-Bas établi dans le cadre du Semestre européen que les Pays-Bas présentent l'un des taux de risque de pauvreté et d'exclusion sociale les plus bas et qu'il se classe toujours parmi les pays ayant les meilleurs résultats, avec un faible niveau de pauvreté.

Le Comité renvoie par ailleurs à ses conclusions de non-conformité relatives aux autres dispositions pertinentes de la Charte pour l'évaluation de la conformité à l'article 30 (cf. Conclusions 2013, Déclaration d'interprétation sur l'article 30). Il se réfère en particulier à :

- l'article 7§5 et à sa conclusion que les salaires des jeunes travailleurs n'étaient pas équitables et que les allocations versées aux apprentis n'étaient pas adéquates (Conclusions 2015) ;
- à l'article 12§4 et à sa conclusion selon laquelle l'exportation des assurances sociales (hormis les prestations vieillesse) et des prestations supplémentaires ne sont pas assurée aux ressortissants des États parties qui ne sont pas couverts par la réglementation de l'UE (Conclusions 2021).

Le Comité renvoie à sa troisième évaluation du suivi de la réclamation n° 86/2012, Fédération européenne des Associations nationales travaillant avec les Sans-abri (FEANTSA) c. Pays-Bas (décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014), dans laquelle il a conclu que « sur la base des informations dont il dispose, en particulier le nombre élevé de personnes restant sans-abri, [il] ne peut toujours pas conclure que l'accès à un refuge dans le but de prévenir l'état de sans-abri est assuré et que la qualité et la quantité des abris offerts aux groupes vulnérables satisfont aux exigences de l'article 30 de la Charte concernant le droit de ne pas être exposé à la pauvreté et à l'exclusion sociale ».

Compte tenu de l'ensemble des informations dont il dispose, et notamment des faibles taux de pauvreté, le Comité considère que la situation demeure conforme à l'article 30. Il demande cependant quelles mesures spécifiques sont prises pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale des migrants et autres groupes vulnérables.

Contrôle et évaluation

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

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

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

Le rapport précise que depuis le début de la crise de la covid-19, le gouvernement s'est efforcé de protéger les emplois et les entreprises. Il veille également, avec les communes et les organisations de la société civile, à ce que la situation des personnes en difficulté financière ne s'aggrave pas en raison de la pandémie (personnes en situation de pauvreté et/ou d'endettement, sans-abri). Le rapport ajoute que l'État a complété le plan général de soutien et de relance par des mesures d'assistance sociale. Il a ainsi dépensé environ 1,4 milliard d'euros sur la période 2020-2022 pour aider les personnes à changer d'emploi ou à sortir du chômage, pour offrir des possibilités de formation, de reconversion et de perfectionnement, pour combattre la pauvreté et l'endettement, pour lutter contre le chômage des jeunes et pour protéger les groupes vulnérables sur le marché du travail. Au total, 150 millions d'euros seront mis à disposition pour lutter contre la pauvreté et l'endettement.

Le Comité note qu'en vertu de la loi relative à l'assistance sociale, les communes ont la responsabilité de fournir un hébergement et un soutien aux sans-abri. Après le

déclenchement de la pandémie de covid-19, le ministère de la Santé, de la Protection sociale et du Sport a publié des lignes directrices appelant les communes à prendre des mesures supplémentaires pour organiser des services à l'intention des personnes sans abri conformément aux directives nationales relatives à la lutte contre le virus. Le Comité prend note des mesures prescrites et constate que, d'après le rapport, l'État a pris en charge les dépenses engagées par les communes pour prendre ces mesures.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation des Pays-Bas est conforme à l'article 30 de la Charte.