



mars 2022

CHARTE SOCIALE EUROPEENNE REVISEE

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2021

TURQUIE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

La fonction du Comité européen des Droits sociaux est de statuer sur la conformité des situations des Etats avec la Charte sociale européenne. Dans le cadre de la procédure de rapports nationaux, il adopte des conclusions et dans le cadre de la procédure de réclamations collectives, il adopte des décisions.

Des informations relatives à la Charte, les observations interprétatives et les questions générales formulées par le Comité figurent dans l'Introduction générale à l'ensemble des Conclusions.

Le présent chapitre concerne la Turquie, qui a ratifié la Charte sociale européenne révisée le 27 juin 2007. L'échéance pour remettre le 13^e rapport était fixée au 31 décembre 2020 et la Turquie l'a présenté le 29 avril 2021.

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

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

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

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

La Turquie 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 à la Turquie concernent 17 situations et sont les suivantes :

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

En ce qui concerne les 5 autres situations, régies par les articles 3§2, 11§2, 11§3, 12§1 et 12§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 de la Turquie de présenter des rapports en vertu de la Charte révisée.

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

- droit à des conditions de travail équitables (article 2) ;
- droit à une rémunération équitable (article 4) ;
- droit syndical (article 5) ;
- droit de négociation collective (article 6) ;
- droit à l'information et à la consultation (article 21) ;

- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travail et du milieu du travail (article 22) ;
- droit à la dignité au travail (article 26) ;
- droit des représentants des travailleurs à la protection dans l'entreprise et facilités à leur accorder (article 28) ;
- droit à l'information et à la consultation dans les procédures de licenciements collectifs (article 29).

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

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

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

Paragraphe 1 - Sécurité, santé et milieu du travail

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

Le Comité note qu'aux fins du présent rapport, les États ont été invités à 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 reporté sa conclusion dans l'attente d'informations sur l'examen périodique des stratégies politiques en matière de santé et de sécurité au travail, ainsi que sur les activités mises en œuvre et les résultats obtenus par le Plan d'action 2014-2018 (Conclusions 2017). L'évaluation du Comité portera donc uniquement sur les informations fournies par le gouvernement en réponse au report et aux questions ciblées.

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

Objectif général de la politique

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

En réponse à la question ciblée, le rapport informe que dans le but de réglementer les procédures et les principes des examens médicaux à effectuer par les unités conjointes de santé et de sécurité, les unités de santé et de sécurité sur les lieux de travail et les centres de santé des employés affiliés aux directions provinciales de la santé pour surveiller la santé des employés sur les lieux de travail couverts par la loi sur la santé et la sécurité au travail n° 6331, le ministère de la Santé a préparé, conjointement avec le ministère de la Famille, du Travail et de la Sécurité sociale, le « Règlement sur les procédures et les principes des examens médicaux pour la surveillance de la santé des employés » dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail (SST).

Le rapport informe en outre que la Direction générale de la santé et de la sécurité au travail (DG OHS) a mené des consultations avec les partenaires sociaux et d'autres institutions et organisations afin de créer un environnement de travail plus sain et plus sûr sur les lieux de travail, et d'élaborer des solutions pour les domaines susceptibles de se présenter à l'avenir et de poser des problèmes. Ce processus a été mené de manière tripartite (État, employé et employeur) et à la condition de ne pas revenir sur les droits et acquis existants des travailleurs et de leurs représentants.

Le Comité note que, selon le rapport, des réunions, séminaires et ateliers thématiques ont été organisés avec les parties afin d'évaluer et d'améliorer l'efficacité des réglementations existantes, et que les politiques nationales ont été orientées en utilisant diverses plateformes et méthodes de recherche. Le Comité note également que, dans le but de développer des stratégies préventives, le processus de collecte de données spécifiques aux diverses obligations de l'employeur, aux secteurs et aux régions a également commencé, la

première d'entre elles étant l'obligation de l'employeur d'assurer la formation des employés en matière de SST.

Le rapport indique que grâce à un travail conjoint avec la DG OHS, l'institution de sécurité sociale (SSI) et le ministère du Trésor et des Finances, le mécanisme d'incitation et de soutien financé par la SSI a été activé. Dans ce contexte, et conformément à l'article 7 de la loi n° 6331, le rapport indique qu'environ 587 000 lieux de travail et 1.664.000 employés bénéficient de la prise en charge par l'État des coûts des services de SST pour les lieux de travail dangereux et très dangereux comptant moins de 10 employés. Dans le même ordre d'idées, le rapport indique que, conformément à l'annexe 4 de la loi n° 4447 sur l'assurance chômage, environ 60.000 lieux de travail comptant plus de 10 employés et classés comme très dangereux et 2.250.000 employés bénéficient de la décision de faire payer la part patronale de la prime d'assurance chômage à hauteur de 1 % au lieu de 2 % pendant 3 ans si aucun accident du travail n'a entraîné de décès ou d'incapacité permanente au cours des 3 dernières années.

Le rapport informe sur les dispositions législatives qui seront prises pour prévenir l'exposition des employés aux champs électromagnétiques et aux rayonnements optiques sur leur lieu de travail. Le rapport informe également sur les études d'orientation menées par la DG OHS pour réorganiser la vie professionnelle selon les conditions de la covid-19 et sur les problèmes rencontrés dans la prestation des services SST pendant la pandémie, qui ont été évalués et résolus en coopération avec les institutions/organisations publiques et les partenaires sociaux.

Le rapport informe également que le Conseil national de la santé et de la sécurité au travail, plate-forme qui a élaboré des politiques dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail au niveau national avec la participation de représentants du gouvernement, des employés et des employeurs, continuera à fonctionner sous les auspices de la présidence à l'avenir (voir ci-dessous).

Dans sa précédente conclusion le Comité a noté qu'il existe un cadre législatif qui prévoit une approche globale de la politique de santé et de sécurité au travail (Conclusions 2017).

Dans sa précédente conclusion le Comité a réitéré sa demande que le rapport fournisse des informations sur les activités menées par la Turquie en termes de recherche, de connaissance et de communication concernant les risques psychosociaux (Conclusions 2017). Le Comité a souligné que si les informations demandées n'étaient pas fournies dans le prochain rapport, rien ne permettrait d'établir que la situation de la Turquie est conforme à l'article 3§1 de la Charte sur ce point.

En réponse à la demande d'informations sur les activités menées par la Turquie en matière de recherche, de connaissance et de communication sur les risques psychosociaux, le rapport détaille les activités menées par la Direction générale de la santé et de la sécurité au travail (DG OHS) sur le sujet, telles que la recherche, les études, les séminaires, les symposiums, la formation et la préparation de guides. Ces activités concernent aussi bien les risques psychosociaux en général (par exemple, le « guide d'information sur les facteurs de risques psychosociaux ») que des domaines spécifiques (par exemple, « enquête sur le harcèlement moral dans le secteur public », « évaluation des facteurs de risques psychosociaux des travailleurs des services d'urgence »).

Dans sa précédente conclusion le Comité a demandé à nouveau que le prochain rapport indique si les politiques et les stratégies sont périodiquement revues et, si nécessaire, adaptées en fonction de l'évolution des risques (Conclusions 2017). Il a également demandé que le prochain rapport fournisse des informations sur les activités mises en œuvre et les résultats obtenus par le document politique II (2009-2013) et le plan d'action 2014-2018 sur la SST.

En réponse à la demande d'informations sur les activités mises en œuvre et les résultats obtenus par le Document de politique II (2009-2013) et le Plan d'action 2014-2018 sur la

SST, le rapport informe que le Conseil national de la santé et de la sécurité au travail est composé de 26 membres, dont 13 sont issus des institutions et organisations publiques et 13 des partenaires sociaux. Il se réunit deux fois par an et a pour mission de publier le document de politique nationale en matière de santé et de sécurité au travail et de suivre les pratiques conformes à ce document. Les 1er et 2e documents de politique nationale en matière de santé et de sécurité au travail couvrant les années 2006-2008 et 2009-2013 ainsi que le 3e document de politique nationale en matière de SST et le plan d'action ont été publiés et mis en œuvre. Les travaux relatifs au 4e document de politique nationale en matière de SST et au plan d'action ont débuté en 2018. Le rapport révèle que les paragraphes 2, 3, 4, 5, 6 et 7 de l'article 21 de la loi n° 6331 sur la SST, qui réglemente le Conseil national de la SST, ont été supprimés du texte de la loi, et que les références au Conseil national de la SST sont réputées avoir été faites au conseil et à l'autorité à déterminer par le président.

Le Comité prend note des informations détaillées concernant les objectifs et les réalisations inclus dans le 3^e document de politique nationale en matière de SST (plan d'action 2014-2018 sur la SST) fournies dans le rapport. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations concernant les objectifs et la réalisation du 4^e document de politique nationale en matière de SST et du plan d'action, qui ont débuté en 2018.

Dans sa conclusion précédente le Comité a en outre invité les autorités à commenter l'observation soulevée par le Comité d'experts pour l'application des conventions et recommandations (CEACR) de l'OIT adoptée en 2015 (105^e session de la CIT) sur la convention n° 155 (1981) sur la sécurité et la santé au travail, selon laquelle le document de politique nationale en matière de santé et de sécurité au travail SST II pour 2009-2013 et le document de politique nationale en matière de SST III pour 2014-2018 ne sont que la répétition de plans antérieurs qui ne sont pas mis en œuvre (Conclusions 2017).

En réponse à l'invitation, le rapport indique qu'une refonte majeure du système de SST en Turquie a eu lieu en 2012 avec la promulgation de la loi sur la SST qui, selon le rapport, a été préparée en étroite consultation avec les partenaires sociaux et en tenant compte des conventions pertinentes de l'OIT n° 155 et 161 et des directives de l'UE. Le rapport indique également que dans le cadre de la législation secondaire, un total de 36 règlements et 6 communiqués ont été publiés pour renforcer la mise en œuvre de cette loi. Le rapport remarque que la nouvelle législation sur la SST s'applique à toutes les activités et à tous les lieux de travail, tant dans le secteur public que dans le secteur privé. Le rapport explique que le Conseil d'inspection du travail contrôle et inspecte le respect de la législation sur la SST en menant des inspections programmées et non programmées avec un nombre croissant d'inspecteurs. Le rapport explique également que le document de politique nationale en matière de santé et de sécurité au travail s'est fixé pour objectif d'améliorer le système d'enregistrement et les statistiques sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Organisation de la prévention des risques professionnels

Le Comité a précédemment noté l'existence, au niveau national et territorial, de mesures de prévention des risques professionnels adaptées à la nature des risques, ainsi que des mesures d'information et de formation des travailleurs (Conclusions 2017).

Amélioration de la sécurité et de la santé au travail

Le Comité a précédemment noté l'existence d'un système visant à améliorer la santé et la sécurité au travail par la recherche scientifique et appliquée, le développement et la formation, dans lequel les autorités publiques sont impliquées (Conclusions 2017).

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le Comité a précédemment noté que la situation était conforme sur ce point (Conclusions 2017).

COVID-19

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

Le Comité prend note des informations contenues dans le rapport concernant les mesures prises pour prévenir la propagation de la maladie dans les établissements de santé, telles que la mise à jour des directives covid-19, le triage des patients ambulatoires qui sont admis dans les établissements de soins de santé primaires, le maintien de la distance sociale dans les locaux des établissements de santé, la ventilation et la désinfection fréquentes de toutes les zones des établissements de santé et la distribution d'équipements de protection individuelle pour le personnel.

En ce qui concerne les mesures prises dans les foyers pour enfants et les maisons de repos pour personnes âgées, le rapport détaille les mesures prises conformément à la loi sur la SST n° 6331 : mesures de base telles que masques, désinfectants, distance sociale ; mesures d'hygiène spéciales appliquées dans la cuisine ; mesures interdisant au personnel présentant des symptômes d'entrer ou de rester sur le lieu de travail et isolement pendant 14 jours du personnel ne présentant pas de symptômes mais ayant pu être potentiellement exposé au virus ; sélection du personnel accompagnant les personnes âgées présentant des signes de maladie dans l'établissement et soutien psychosocial de ce personnel ; attribution, dans la mesure du possible, de chambres individuelles avec toilettes et salle de bains au personnel séjournant dans les organisations ; réorganisation des équipes en périodes de 7-10 et 14 jours ; test du personnel venant de l'extérieur dans le cadre des changements de système d'équipes de 14 jours ; formations en cours d'emploi pour augmenter la qualification et la quantité du personnel travaillant dans les services de soins ; accès à des informations actualisées grâce à un lien Internet créé au sein du ministère de la Famille, du Travail et des Services sociaux.

Le rapport cite également les travaux entrepris par le ministère de l'Intérieur (Direction générale de l'administration provinciale, Direction générale de la sécurité, Commandement général de la gendarmerie) et les documents, affiches, brochures et vidéos préparés et publiés par le ministère de la Famille, du Travail et des Services sociaux. Le rapport souligne l'importance du site Internet « Lutte contre la Covid-19 sur les lieux de travail », qui a été créé afin de fournir des informations, de sensibiliser, de former, de partager des expériences et de fournir des services de conseil aux employeurs, aux employés, aux professionnels de la santé et de la sécurité au travail et à la société concernant la lutte contre la covid-19.

Le rapport explique également que les pratiques en matière d'allocations de chômage et d'allocations de travail à court terme ont été mises en œuvre de manière efficace dans le but de protéger l'emploi et de réduire les effets de la pandémie de covid-19 sur le marché du travail. Dans le même ordre d'idées, le rapport fait également référence à la mise en œuvre d'un soutien salarial en espèces pour les travailleurs qui bénéficient d'un congé sans solde de la part de leur employeur et qui ne peuvent pas bénéficier d'une allocation de travail à court terme, ainsi que pour les travailleurs dont le contrat de travail a été résilié après le 15 mars 2020 mais qui n'ont pas pu bénéficier d'allocations de chômage. Le rapport fait également référence à la mise en œuvre d'une prime de normalisation pour les lieux de travail qui ont repris le travail normalement.

Le rapport cite enfin les précautions prises en matière de distanciation sociale et les cours et programmes organisés sur les lieux de travail qui avaient débuté avant l'épidémie et dont la poursuite a été jugée néfaste pour la santé publique.

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 de la Turquie est conforme à l'article 3§1.

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

Paragraphe 2 - Règlements de sécurité et d'hygiène

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

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

Il note qu'il a précédemment ajourné sa conclusion (Conclusions 2017). Son évaluation portera donc sur les informations fournies par le gouvernement en réponse à la décision d'ajournement et à la question ciblée.

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a relevé que les forces armées, les forces de police, ainsi que les membres des services de la protection civile exerçant des activités spécifiques, n'étaient pas couverts par la loi relative à la santé et à la sécurité au travail, et a demandé si cela signifiait que ces catégories de travailleurs ne bénéficiaient d'aucune norme de protection ou si d'autres règles de protection s'appliquaient. Le Comité a demandé à nouveau si la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail couvrait le stress, les agressions et la violence propres au travail, que subissent en particulier les travailleurs employés sur la base de contrats atypiques (Conclusions 2017).

Le rapport indique que très peu de catégories de travailleurs sont exclus du champ d'application de la législation. Il s'agit des forces armées et de la police, des personnes exerçant des activités relatives aux catastrophes ou aux urgences, des employés de maison, des travailleurs indépendants qui n'emploient aucun travailleur et des détenus concernés par des activités de formation dans le cadre de programmes de réinsertion. Le rapport indique que d'autres règles de protection s'appliquent à ces travailleurs. Ceux qui travaillent de manière indépendante et qui paient des impôts sont couverts par la réglementation relative aux accidents du travail, aux maladies professionnelles, à l'assurance maladie et à l'assurance maternité.

Le Comité prend note de ces informations et demande que le prochain rapport indique quelles règles de protection spécifiques s'appliquent aux personnes exclues du champ d'application de la loi n° 6331/2013 relative à la santé et à la sécurité au travail.

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

Le rapport indique qu'en vertu de la législation turque, l'employeur est tenu de protéger les travailleurs avec lesquels il a une relation de travail, de les respecter, de prendre des mesures pour empêcher qu'ils soient victimes de harcèlement psychologique et sexuel et que ceux qui ont été victimes d'un tel harcèlement ne le soient de nouveau. L'indemnisation des dommages causés à la santé du travailleur est calculée conformément aux dispositions

relatives à la responsabilité découlant de la rupture du contrat. Le rapport indique en outre que la loi relative à la santé et à la sécurité au travail interdit la consommation de substances addictives sur le lieu de travail. Conformément au règlement n° 28512/2012 relatif à l'évaluation des risques en matière de santé et de sécurité au travail, la dimension psychosociale du travail doit être prise en compte lors de l'évaluation des risques. Le rapport indique également que récemment, une enquête a été menée et a examiné les niveaux d'épuisement professionnel de personnes travaillant dans le secteur bancaire. Les résultats de l'enquête ont été communiqués à l'organisme de réglementation du secteur en question, et deux séminaires ont été organisés pour les employés de banque en ce qui concerne les mesures à prendre.

Le Comité constate que le rapport ne fournit aucune des informations demandées en réponse à la question ciblée. Il souligne que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Turquie soit conforme à l'article 3§2 de la Charte sur ce point.

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

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

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

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

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

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Le Comité a précédemment jugé la situation conforme sur ce point (Conclusions 2017).

Protection contre les substances et agents dangereux

Le Comité a précédemment jugé la situation conforme sur ce point (Conclusions 2017).

Champ d'application personnel des règlements

Dans sa conclusion précédente, le Comité a estimé que la loi relative à la santé et à la sécurité au travail ne s'appliquait pas ni aux employés de maison ni aux producteurs de biens et prestataires de services qui travaillent en leur nom et pour leur propre compte sans avoir de salariés. Le Comité a demandé si cela signifiait que ces catégories de travailleurs ne bénéficiaient d'aucune norme de protection ou si d'autres règles de protection s'appliquaient (Conclusions 2017).

Le rapport indique que les employés de maison et ceux qui travaillent à leur compte sont exclus du champ d'application de la loi relative à la santé et à la sécurité au travail. Étant donné que les personnes travaillant à leur compte sont responsables d'elles-mêmes et qu'il n'existe pas de relation employeur-salarié, ces personnes sont exclues du champ d'application de ladite loi. Toutefois, les contribuables exonérés de l'impôt sur le revenu en raison de leurs revenus commerciaux, les personnes exonérées de l'impôt sur le revenu mais enregistrées comme commerçants ou artisans, les membres du conseil d'administration de sociétés, les associés d'autres sociétés et les personnes exerçant une activité agricole sont considérés comme assurés contre les accidents du travail, les maladies professionnelles, la maladie et la maternité.

Quant aux employés de maison, le rapport indique que leurs questions de santé et de sécurité au travail sont réglementées par le Code turc des obligations (loi n° 6098/2011), qui prévoit que l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la santé et la sécurité au travail, et que les travailleurs sont tenus de respecter ces mesures. L'indemnisation des dommages peut s'appliquer conformément aux dispositions relatives à la responsabilité découlant de la rupture du contrat.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Le Comité a précédemment jugé la situation conforme sur ce point (Conclusions 2017).

Conclusion

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

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

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

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

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

Dans sa précédente conclusion, le Comité a conclu que la situation de la Turquie n'était pas conforme à l'article 3§3 de la Charte au motif que les mesures prises pour réduire le nombre d'accidents du travail étaient insuffisantes et que le système d'inspection du travail ne disposait pas des ressources humaines appropriées pour contrôler de manière adéquate le respect de la législation en matière de santé et de sécurité au travail (Conclusions 2017).

Le Comité tient à souligner qu'il ne prendra note de la réponse relative à la covid-19 qu'à titre d'information, dans la mesure où elle concerne des faits survenus en dehors de la 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.

Par conséquent, l'appréciation du Comité ne portera que sur les informations fournies par les autorités en réponse à la conclusion de non-conformité et aux questions ciblées.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le Comité a précédemment examiné la situation en ce qui concerne les accidents du travail et les maladies professionnelles (Conclusions 2017). Il a estimé que le nombre d'accidents du travail restait important et que le taux d'incidence standardisé continuait d'être très élevé, en particulier dans les secteurs de l'exploitation minière et de la construction. Le Comité a donc considéré que les données chiffrées fournies ne suffisent pas à établir l'existence d'un suivi efficace des accidents du travail et des maladies professionnelles. Il a conclu que la situation de la Turquie n'était pas conforme à l'article 3§3 de la Charte au motif que les mesures prises pour réduire le nombre d'accidents au travail étaient insuffisantes. Il a demandé des informations/explications sur : les causes les plus fréquentes d'accidents du travail et les activités de prévention et d'application menées pour les prévenir ; les activités mises en œuvre et les résultats obtenus conformément à l'objectif du Document d'orientation en matière de santé et de sécurité au travail de produire des statistiques sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et un système d'enregistrement ; la définition légale des maladies professionnelles, le mécanisme de reconnaissance, d'examen et de révision des maladies professionnelles (ou de la liste de maladies professionnelles) ; le taux d'incidence et le nombre de maladies professionnelles reconnues et déclarées pendant la période de référence (ventilé par secteur d'activité et par année), y compris les cas mortels de maladies professionnelles ; ainsi que sur les mesures prises et/ou envisagées pour lutter contre la sous-déclaration et la reconnaissance insuffisante des cas de maladies professionnelles, les maladies professionnelles les plus fréquentes pendant la période de référence et les mesures prises et envisagées aux fins de leur prévention. Les questions ciblées concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles portent sur les données statistiques relatives à la prévalence des décès, des blessures et de l'invalidité liés au travail, sur les études épidémiologiques menées pour évaluer l'impact à long terme des nouveaux emplois à haut risque sur la santé, ainsi que sur les victimes de harcèlement au travail et de mauvaise gestion.

En réponse, le rapport indique que le nombre d'accidents du travail mortels est resté stable au cours des trois premières années de la période de référence (1,405 en 2016, 1,636 en 2017 et 1,542 en 2018) et a diminué en 2019 (1,149). Le taux d'incidence des accidents mortels du travail a également baissé au cours de la période de référence, en particulier en 2019 (9.2 en 2016, 8.5 en 2017, 8.2 en 2018 et 6.1 en 2019). Toutefois, ces chiffres restent très élevés. Le Comité note que les taux d'incidence des accidents du travail mortels dans l'UE-27 pendant la période de référence étaient de 2.29 en 2016, 2.25 en 2017 et 2.21 en 2018.

Le Comité prend note de la répartition des accidents du travail mortels par branche d'activité en 2016-2016. Il note qu'en 2019, le plus grand nombre d'accidents mortels est survenu dans le secteur de la construction (368 cas), dans le secteur des transports et du stockage (216 cas), dans le secteur manufacturier (205 cas) et dans le secteur des mines et carrières (48 cas).

Le rapport indique que le nombre d'accidents du travail non mortels a considérablement augmenté au cours de la période de référence, passant de 286,068 en 2016 et 359,866 en 2017 à 431,276 en 2018 et 422,837 en 2019. Le Comité prend note des informations communiquées dans le rapport selon lesquelles le nombre le plus élevé d'accidents du travail non mortels en 2019 s'est produit, comme les années précédentes, dans le secteur manufacturier (182,723), le secteur de la construction (47 742), les activités d'hébergement et de restauration (43 440), les activités administratives et de services d'appui (30,996) et le commerce de gros et de détail, ainsi que la réparation de véhicules automobiles (25,888). Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les taux d'incidence standardisés des accidents du travail non mortels pour chaque année de la période de référence.

Le rapport explique que certains facteurs liés à la personne, à la machine, à l'environnement de travail et à la gestion peuvent être la cause d'accidents du travail. Dans le secteur de la construction et des mines, les accidents causés par des chutes de hauteur, des effondrements, des explosions, des compressions et autres risques similaires sont plus fréquents.

Le rapport fournit des informations sur les activités menées par le ministère de la Famille, du Travail et des Services sociaux au cours de la période de référence, dans les secteurs de la construction et de l'extraction minière. Le Comité prend note, en ce qui concerne le secteur de la construction, de l'entrée en vigueur de la norme « Système de gestion de la santé et de la sécurité au travail pour les petites et moyennes entreprises ». Cette norme, qui a été élaborée pour les chantiers de construction, a été adoptée le 6 février 2017 par la commission technique du ministère. Le Comité souhaite trouver dans le prochain rapport davantage d'informations sur la mise en œuvre de cette loi et ses éventuels résultats obtenus. Il prend également note du nombre important de séminaires d'information et de visites sur le terrain, de symposiums sur la sécurité dans la construction organisés dans différentes villes avec la participation de fonctionnaires du ministère du Travail et des Services sociaux, d'employeurs, de professionnels de la santé et de la sécurité au travail et de différentes chambres de commerce et d'industrie, ainsi que de l'entrée en vigueur du règlement portant modification du règlement sur la santé et la sécurité au travail dans les travaux de construction, qui régissait les systèmes temporaires de réglementation des arêtes, les plateformes de travail à colonnes, les filets de sécurité et les conditions minimales de santé et de sécurité concernant l'installation, etc.

Le Comité note également que, dans le secteur minier, différentes formations concernant l'hygiène et la santé au travail ainsi que le contrôle périodique des équipements professionnels, ont été organisées et que le système de gestion de l'information sur la santé et la sécurité au travail a été mis en place pour guider les opérations en créant une carte des risques en matière de santé et de sécurité au travail en Turquie.

Quant aux maladies professionnelles, le rapport indique qu'une « maladie professionnelle », selon l'assurance sociale et l'assurance maladie universelle, est « une maladie temporaire ou permanente, une incapacité physique ou mentale du salarié causée par une raison répétitive ou les conditions d'exécution du travail ». En outre, la loi sur la santé et la sécurité au travail précise qu'une maladie professionnelle est une « maladie qui se produit à la suite d'une exposition à des risques professionnels ». La liste des maladies professionnelles figure à l'annexe 2 du « Règlement relatif à la détermination de la perte de la capacité de travail et de la perte de la capacité de gagner un revenu dans la profession ». La détermination de la maladie professionnelle est effectuée par le Conseil de la santé de l'Institut de la sécurité sociale. Le Conseil supérieur de la santé est habilité à décider si une maladie qui n'est pas spécifiée dans le règlement peut être considérée comme une maladie professionnelle ou non, conformément aux dispositions de la loi. Il peut décider, en outre, qu'une maladie est une maladie professionnelle si les résultats cliniques confirment que cette maladie est bien professionnelle mais que la période de responsabilité indiquée dans la liste est dépassée. Le calcul de la diminution de la capacité du salarié à gagner un revenu dans la profession à la suite d'une maladie professionnelle est effectué selon le tableau de l'annexe 3 dudit règlement.

Le rapport explique que le diagnostic d'une maladie professionnelle peut être posé par tous les médecins des services sanitaires du 1^{er} et du 2^e échelon. Tout patient qui souffre d'une maladie professionnelle diagnostiquée devrait être dirigé vers des hôpitaux habilités à délivrer un rapport médical établi par le ministère de la Santé. Un rapport de la commission médicale doit être remis afin de transférer les informations au système de sécurité sociale et de déterminer si la maladie entraîne une perte de capacité à gagner un revenu dans la profession.

Les informations fournies par le rapport font apparaître une augmentation du nombre de maladies professionnelles au cours de la période de référence, passant de 597 cas en 2016 à 693 cas en 2017, 1,047 cas en 2018 et 1,091 cas en 2019. Il ressort du rapport que les maladies professionnelles sont survenues en grande partie dans les secteurs suivants : fabrication d'autres produits minéraux non métalliques (188 cas en 2019), industrie des métaux de base (95 cas en 2019), fabrication de véhicules automobiles (59 cas en 2019), fabrication de produits métalliques manufacturés à l'exception des machines et de l'extraction de charbon et de lignite (50 cas en 2019). Le taux d'incidence des maladies professionnelles a également augmenté au cours de la période de référence, passant de 0.04 en 2016 et 2017 à 0.06 en 2018 et 2019. Selon le rapport, aucun cas de maladie professionnelle mortelle n'est survenu au cours de la période de référence.

En ce qui concerne les mesures de lutte contre l'insuffisance de la déclaration et de la reconnaissance des cas de maladies professionnelles, le rapport explique que le logiciel « Ensemble de données sur l'exposition professionnelle » (Occupational Exposure Data Package), mis au point en 2017, vise à assurer la détection précoce des expositions professionnelles et à accroître la sensibilisation aux maladies professionnelles. Le programme est intégré au « Système d'information des médecins de famille » et au « Système de gestion des informations hospitalières ». Selon le rapport, les employés qui sont exposés à des facteurs de risque professionnels et qui présentent des symptômes pathologiques sont diagnostiqués à un stade précoce de la maladie et enregistrés par les médecins s'ils en font la demande. Le Comité prend également note des informations communiquées dans le rapport sur les activités menées par le ministère de la Santé pour réduire la fréquence des pneumoconioses et des silicozes, qui se développent en raison de l'exposition à la poussière de silice. Il s'agit des maladies professionnelles les plus fréquentes en Turquie. Il prend également note des formations, publications et congrès sur les maladies professionnelles organisés par la Direction générale de la santé et de la sécurité au travail du ministère de la Famille, du Travail et des Services sociaux pendant la période de référence.

Le rapport ne fournit aucune information concernant la question ciblée sur le suicide lié au travail ou d'autres formes d'automutilation, le syndrome de stress post-traumatique, l'épuisement professionnel et les troubles liés à la consommation d'alcool ou d'autres substances. Le rapport ne fournit pas non plus d'informations sur les études épidémiologiques menées pour évaluer l'impact à long terme des nouveaux emplois à haut risque sur la santé (par exemple, les services de livraison à vélo, y compris les personnes employées ou dont le travail est géré par le biais d'une plateforme numérique, les acteurs du secteur des loisirs sportifs, notamment les sports de contact, les emplois impliquant des formes particulières d'interaction avec les clients et le recours à la consommation de substances potentiellement nuisibles telles que l'alcool ou d'autres produits psychoactifs, les nouvelles formes d'opérations boursières à haut rendement, qui génèrent un niveau de stress élevé, le personnel militaire et les services répressifs, etc.) ainsi que sur les victimes de harcèlement au travail et la mauvaise gestion. Le Comité réitère sa demande à cet égard. Il souligne que rien ne permettra d'établir que les accidents de travail et les maladies professionnelles font l'objet d'un suivi efficace si les informations demandées ne figurent pas dans le prochain rapport.

Le Comité estime que les taux d'incidence standardisés de ces accidents restent extrêmement élevés malgré la diminution du nombre d'accidents mortels du travail au cours de la période de référence. Il note également l'augmentation significative du nombre d'accidents non mortels (augmentation de près de 48 % entre 2016 et 2019). Le Comité conclut, par conséquent, que la situation en Turquie n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte au motif que les accidents du travail et les maladies professionnelles ne sont pas suivis de manière efficace.

Activités de l'inspection du travail

Le Comité a précédemment examiné les activités de l'Inspection du travail et a conclu qu'en raison de la faiblesse des ressources humaines dont dispose le service d'inspection chargé de contrôler le respect de la législation relative à la santé et à la sécurité au travail, le système d'inspection du travail ne peut être considéré comme efficace au regard de l'article 3§3 de la Charte (Conclusions 2017). Le Comité a demandé des informations sur la raison pour laquelle les chiffres concernant les inspections du travail et/ou les inspecteurs du travail qui sont indiqués dans le rapport et ceux qui sont publiés par ILOSTAT sont différents ainsi que sur les mesures visant à concentrer les contrôles sur les petites et moyennes entreprises, les mesures prises pour augmenter les effectifs de l'Inspection du travail, la proportion de salariés qui sont visés par les contrôles et le pourcentage d'entreprises qui ont fait l'objet d'un contrôle en matière de santé et de sécurité au cours des années couvertes par la période de référence, l'application pratique de la législation et des règlements relatifs à l'inspection du travail dans l'ensemble du pays, le détail, par catégorie, des mesures administratives que les inspecteurs du travail sont habilités à prendre et, pour chaque catégorie, le nombre de ces mesures effectivement prises, l'issue des affaires transmises aux autorités judiciaires en vue de l'ouverture de poursuites pénales et les chiffres pour chaque année de la période de référence. La question ciblée concernant les activités de l'Inspection du travail porte sur l'organisation de ses services et l'évolution des ressources qui leur sont allouées, y compris les ressources humaines, le nombre de visites de contrôle de la santé et de la sécurité au travail effectuées par ses services et la proportion de salariés et d'entreprises concernés par ces visites, le nombre d'infractions aux règlements en matière de santé et de sécurité, ainsi que la nature et le type de sanctions infligées et la question de savoir si les inspecteurs sont habilités à contrôler tous les lieux de travail, notamment les locaux d'habitation, dans tous les secteurs de l'économie.

En réponse, le rapport indique que les activités d'inspection du travail sont menées par la Direction de l'inspection et la Commission d'orientation relevant du ministère de la Famille, du Travail et des Services sociaux. Les activités d'inspection du travail sont menées par un total de 959 inspecteurs (578 en matière de santé et de sécurité au travail, 381 en matière

d'exécution du travail) qui exercent leurs fonctions dans 5 présidences de groupe établies dans les provinces d'Adana, d'Ankara, de Bursa, d'Istanbul et d'Izmir, en collaboration avec la présidence au siège.

Selon le rapport, un montant total de 443,889,000 TL (environ 66 550 774 € au 31 décembre 2019) a été alloué à la Direction de l'inspection et du conseil d'orientation concernant les activités d'inspection pour la période du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2019.

Le rapport explique que les contrôles sont effectués de manière programmée et non programmée par la Direction de l'inspection et la Commission d'orientation. Au total, 40,828 contrôles ont été réalisés en matière de santé et de sécurité au travail au cours de la période du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2019, portant sur 3,595,606 salariés. À la suite des contrôles effectués, les travaux ont été suspendus dans 1,834 lieux de travail et des amendes administratives d'un montant total de 136,969,231 TL (environ 20 353 117,00 € au 31 décembre 2019) ont été infligées aux responsables de 10 530 lieux de travail. La majorité de ces contrôles (63 %) ont eu lieu dans le secteur de la construction, des mines et des métaux.

En réponse à la question soulevée par le Comité sur le fait de savoir si les inspecteurs sont habilités à contrôler tous les lieux de travail, y compris les locaux d'habitation, dans tous les secteurs de l'économie, le rapport indique que, conformément à l'article 2 de la loi sur la santé et la sécurité au travail concernant le champ d'application des contrôles effectués par les inspecteurs du travail, la disposition s'applique à tous les emplois et lieux de travail appartenant au secteur public et privé, aux employeurs et aux représentants des employeurs de ces lieux de travail, à tous les employés, y compris les apprentis et les stagiaires, quel que soit leur domaine d'activité. Cependant, le rapport précise que les dispositions de la loi sur la santé et la sécurité au travail ne s'appliqueront pas aux activités et personnes suivantes : les activités du personnel militaire, notamment les services de répression et le sous-secrétariat de l'organisation nationale du renseignement ; les activités d'intervention des unités de secours et d'urgence ; les travaux domestiques ; les personnes qui produisent des biens et des services en leur propre nom et pour leur propre compte, sans employer de salariés ; durant les prestations fournies pour les condamnés et les détenus, dans le cadre de l'amélioration des ateliers pénitentiaires, de l'éducation, de la sécurité et des activités de formation professionnelle.

Selon le rapport, les procédures concernant la supervision et le contrôle des lieux de travail militaires et des lieux de travail produisant les matériaux nécessaires à la sécurité intérieure et leurs résultats sont effectués par les inspecteurs du ministère de la Défense nationale conformément au règlement préparé par ledit ministère et le ministère de la Famille, du Travail et des Services sociaux.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les contrôles des travaux domestiques et de la production de biens et de services en son propre nom et pour son propre compte sans employer de salariés.

Le Comité note que les chiffres publiés par ILOSTAT font apparaître que le nombre d'inspecteurs du travail a légèrement diminué, passant de 1,019 en 2017 à 969 en 2019. Le nombre moyen d'inspecteurs du travail pour 10 000 salariés était de 0,4 en 2017 et de 0,3 en 2019. Le nombre de visites de contrôle a sensiblement diminué, passant de 18,812 en 2017 à 7,298 en 2019, tandis que les chiffres publiés par la Banque mondiale montrent que la population active totale en Turquie est passée de 31,962,763 en 2017 à 33,318,941 en 2019. En outre, la moyenne des visites d'inspection du travail par inspecteur était de 24.9 en 2017 et de 10.5 en 2019. Le Comité maintient son évaluation précédente selon laquelle le système d'inspection du travail ne dispose pas de ressources humaines suffisantes pour contrôler de manière adéquate le respect de la législation en matière de santé et de sécurité au travail.

Le rapport ne fournit pas d'informations en réponse à la question ciblée sur la proportion de salariés et d'entreprises visés par les inspections. Le Comité réitère donc ses demandes d'information à cet égard. Il considère que rien ne permettra d'établir que les activités de l'inspection du travail sont efficaces dans la pratique si les informations demandées ne figurent pas dans le prochain rapport.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations et des chiffres concernant les activités de l'inspection du travail pour chaque année de la période de référence. Il demande également des informations actualisées sur les chiffres concernant les mesures administratives que les inspecteurs du travail sont habilités à prendre ainsi que des informations sur l'issue des affaires renvoyées aux autorités judiciaires en vue d'engager des poursuites pénales pour chaque année de la période de référence.

Covid-19

Le rapport indique que les notifications concernant les salariés touchés par la covid-19 sur leur lieu de travail sont adressées aux unités compétentes du ministère de la Santé. Lorsque les employés constatent que des mesures de santé et de sécurité au travail font défaut et ne sont pas prises par l'employeur contre la pandémie sur le lieu de travail, l'employeur et/ou les représentants de l'employeur, les spécialistes de la sécurité au travail, les médecins du travail ou les personnes concernées sont contactés et informés des mesures nécessaires qui doivent être prises. Les mises en garde sont faites par écrit en rappelant les dispositions obligatoires.

Le rapport fournit également des informations concernant les activités du ministère de la Famille, du Travail et des Services sociaux dans le cadre de la lutte contre la pandémie de covid-19, notamment la distribution de documents, d'affiches et de vidéos d'information ainsi que la création de sites web et de guides sur les risques sanitaires dus à la covid-19 sur les lieux de travail. Les employeurs sont invités à informer le ministère des mesures qu'ils ont prises. Dans ce contexte, les avis et plaintes concernant la covid-19 ont donné lieu à des contrôles de 4 092 lieux de travail en 2020 (au 31 octobre 2020). Pendant la crise sanitaire, les inspections effectuées sur le terrain en matière de santé et de sécurité au travail n'ont pas été interrompues, et les contrôles de la santé et de la sécurité au travail se sont poursuivis sans interruption dans ce cadre. En 2020 (au 31 octobre 2020), un total de 3,055 contrôles ont été réalisés en matière de santé et de sécurité au travail, dont 1,784 contrôles programmés et 1,271 contrôles non programmés. À la suite des contrôles effectués durant cette période, il a été décidé de faire cesser le travail dans 37 lieux de travail et des amendes administratives d'un montant total de 9,420,168 TL ont été infligées aux responsables de 587 lieux de travail.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte aux motifs que :

- les accidents du travail et les maladies professionnelles ne sont pas suivis de manière efficace ;
- le système d'inspection du travail ne dispose pas de ressources humaines suffisantes pour contrôler de manière adéquate le respect de la législation en matière de santé et de sécurité au travail.

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

Paragraphe 4 - Services de santé au travail

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

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

Le Comité a précédemment examiné le cadre des services de santé au travail mis en place par la Turquie et, dans l'attente des informations demandées, a ajourné sa conclusion (Conclusions 2017). Il limitera donc son analyse aux réponses données par le gouvernement à la précédente conclusion d'ajournement.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a réitéré ses questions visant à obtenir des informations précises, dans le prochain rapport, sur les tâches confiées aux services de santé au travail, sur la proportion d'entreprises dotées de tels services et sur le nombre de travailleurs suivis par ces services par rapport à la période de référence précédente (Conclusions 2017). Il demandait aussi que le prochain rapport fournisse des informations plus détaillées sur les tâches et responsabilités d'un médecin du travail et de l'expert en sécurité professionnelle et explique comment les fonctions qu'ils exercent sont adaptées dans la pratique à toutes les entreprises, en particulier petites et moyennes. Il demandait également des précisions concernant la manière dont l'accès aux services de médecine du travail s'effectue en pratique pour les travailleurs temporaires ou intérimaires, les travailleurs indépendants et les travailleurs domestiques. Entre-temps, il a réservé sa position sur ces points.

Le rapport indique que l'article 13 du règlement sur les services de santé et de sécurité au travail (2012) régit la création des unités de santé et de sécurité en milieu professionnel chargées de dispenser des services dans ce domaine. Ainsi, pour contribuer à la mise en place d'un environnement de travail sûr et sain, les Unités de santé et de sécurité en milieu professionnel et les Unités conjointes de santé et de sécurité ont pour mission d'accompagner l'employeur aux fins de superviser l'environnement de travail, de réaliser les examens de santé visant à protéger et à améliorer la santé des salariés, de prévoir les formations en matière de santé et de sécurité au travail et d'informer les salariés, de déterminer les situations nécessitant une intervention d'urgence, etc.

Le rapport indique que le nombre d'Unités conjointes de santé et de sécurité a augmenté de 139 % entre 2013 et 2020 (en dehors de la période de référence). Il donne aussi des statistiques sur le nombre et la proportion de salariés ayant bénéficié des services de santé et de sécurité au travail pendant la période de référence. Le nombre de salariés ayant eu accès à ces services s'est accru, passant de 6,641,821 en 2016 à 6,947,109 en 2019. Par contre, la proportion a diminué sur la même période, passant de 66.35 à 61.08. Le rapport fait état d'une augmentation de ce taux à 70.98 en 2020, avec 6,895, 255 salariés ayant bénéficié de ce service en dehors de la période de référence.

Le Comité prend note des informations détaillées figurant dans le rapport en réponse à la question posée précédemment par le Comité au sujet des tâches de l'expert en sécurité professionnelle en matière d'accompagnement, d'évaluation des risques, de supervision de l'environnement de travail, de formation, d'information et d'enregistrement, ainsi que des tâches et responsabilités des médecins du travail, comme le suivi médical, la formation, l'information, l'enregistrement, etc. Le Comité note en particulier que les experts de la santé et de la sécurité au travail et les médecins du travail sont habilités à demander à l'employeur de suspendre une activité en cas de danger mortel, à accéder aux informations et

documents nécessaires, à rencontrer les salariés et à coopérer avec les organisations et institutions compétentes.

En réponse à la question concernant les services de sécurité et de santé au travail dans les petites et moyennes entreprises, le rapport indique que d'autres règles sont en vigueur pour mettre en œuvre ces services dans ces entreprises. Il explique au sujet des services de santé et de sécurité au travail que, conformément à la disposition de l'article 6 de la loi n° 6331 sur la sécurité et la santé au travail, l'employeur peut assurer lui-même ces services s'il possède les qualifications requises et le certificat nécessaire tenant compte de la catégorie de risque et du nombre de salariés. Les employeurs ou les représentants du patronat qui ne possèdent pas les qualifications requises ni le certificat nécessaire mais dont moins de 50 salariés relèvent d'une catégorie professionnelle présentant un danger moindre peuvent fournir des services de santé et sécurité au travail – sauf visites médicales à l'embauche et contrôles médicaux périodiques – à la condition qu'ils suivent et réussissent les programmes de formation nécessaires prévus par le ministère, en se limitant à leur propre lieu de travail.

Le Comité rappelle que dans sa précédente conclusion, il a noté que l'application des articles 6 (services de santé et de sécurité au travail), 7 (aides publiques pour les services de santé et de sécurité au travail) et 8 (médecins du travail et spécialistes de la sécurité au travail) de la loi sur la sécurité et la santé au travail était reportée au 1^{er} juillet 2017 pour les établissements publics et les entreprises de moins de 50 travailleurs et classés comme moins dangereux (Conclusion 2017). Il relève qu'aux termes de l'article 38 de la loi n° 6331 modifiée en juillet 2020, l'entrée en vigueur des articles 6 et 7 de cette même loi cités dans le rapport au sujet des services de sécurité et de santé dans les PME classées comme moins dangereuses est désormais fixée au 31 décembre 2023. Il prend note des informations fournies dans le rapport, selon lesquelles le report de l'entrée en vigueur des dispositions susmentionnées n'empêche pas la désignation de professionnels de la santé et de la sécurité au travail par l'entreprise ou par l'établissement en cas de besoin. Cela étant, il considère qu'en l'absence d'une disposition légale, rien ne démontre l'existence d'une stratégie visant à instituer progressivement l'accès à des services de santé au travail pour tous les travailleurs dans tous les secteurs d'activité. Il renouvelle sa demande d'informations/explications sur la façon dont les fonctions exercées par le médecin du travail et l'expert en sécurité professionnelle sont adaptées dans la pratique à toutes les entreprises, en particulier petites et moyennes.

S'agissant des travailleurs temporaires ou des travailleurs sous contrat à durée déterminée, le rapport indique qu'en vertu des dispositions du règlement sur la sécurité et la santé au travail dans le domaine des emplois temporaires ou à durée déterminée, l'employeur doit assurer le suivi médical spécial exigé pour l'emploi en question pour les salariés sous contrat à durée déterminée ou temporaire. Ce suivi se poursuit à l'issue de l'expiration du contrat du salarié. Les salariés qui occupent des emplois du quotidien comme la restauration, le nettoyage, la blanchisserie, la garde d'enfants, les soins aux personnes handicapées et aux patients ou encore les services aux personnes âgées à domicile sont également couverts par les services de santé et de sécurité au travail. Aux termes des dispositions du Code des obligations turc, les employeurs qui recrutent des travailleurs domestiques doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour garantir leur santé et leur sécurité sur leur lieu de travail et pour entretenir les matériels et équipements.

Conclusion

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

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 1 - Elimination des causes d'une santé déficiente

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

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

Dans sa précédente conclusion, le Comité a estimé que la situation en Turquie n'était pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif que les mesures prises pour réduire les taux de mortalité infantile et maternelle étaient insuffisantes (Conclusions 2017). Son évaluation portera donc sur les informations fournies par le gouvernement en réponse à la conclusion de non-conformité et aux questions ciblées.

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

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité note que dans sa conclusion précédente, il avait considéré que la situation en Turquie n'était pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif que les mesures prises pour réduire les taux de mortalité infantile et maternelle étaient insuffisantes (Conclusions 2017).

Le rapport fournit des informations sur la mortalité maternelle et infantile. Le taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes était de 13,1 en 2019, ce qui représente une baisse par rapport à 2015, où il s'élevait à 14,6. Le rapport indique que le taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes a diminué, passant de 11,1 en 2014 à 9,3 en 2018. Selon les données de la Banque mondiale, le taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes était de 9,1 en 2019.

Le rapport indique également que de nombreuses études sont menées par le ministère de la Santé dans le but de réduire les décès maternels évitables. Il indique que le ministère de la Santé poursuit ses efforts pour faire baisser les taux de morbidité et de mortalité en modernisant le système de santé, l'objectif étant de réduire les différences interrégionales et rurales-urbaines dans le domaine des soins de santé sexuelle et reproductive et d'offrir à chacun des soins accessibles, équitables et qualifiés. Un programme intitulé « Programme de mère invitée » a été lancé afin de réduire le nombre de décès maternels et infantiles évitables, par la surveillance des grossesses et, à l'approche de l'accouchement, par le transport des femmes qui résident dans des zones où les conditions météorologiques et de transport sont défavorables dans des centres plus sûrs.

Le Comité prend note des mesures prises pour réduire la mortalité maternelle et infantile. Il demande à être tenu informé de la mise en œuvre de ces mesures, de leur effet sur la réduction des taux de mortalité maternelle et infantile, des données actualisées concernant les tendances et de tout développement dans ce domaine. Le Comité relève que le taux de mortalité maternelle et infantile reste élevé (bien supérieur à la moyenne de l'Union européenne (le taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes était de 6 en 2017 dans l'Union européenne et le taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes était de 3,4 en 2019). Compte tenu des taux élevés de mortalité maternelle et

infantile, ainsi que de l'espérance de vie encore faible, le Comité réitère sa conclusion de non-conformité sur ces points.

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

En réponse à la question ciblée du Comité concernant les données sur l'espérance de vie dans tout le pays et entre les différents groupes de population, le rapport fournit des statistiques sur l'espérance de vie moyenne en Turquie. En 2019, l'espérance de vie à la naissance était de 77,7 ans (à titre d'exemple, la moyenne dans l'Union européenne à 27 était de 81,3 ans en 2019) : 80,6 ans pour les femmes (79,5 ans en 2015) et 74,7 ans pour les hommes (73,5 ans en 2015). Le rapport indique que la province ayant l'espérance de vie à la naissance la plus élevée en 2015-2017 était Tunceli (80,7 ans) et que la province ayant l'espérance de vie à la naissance la plus faible était Kilis (76,1 ans). Selon les données de la Banque mondiale, le taux de mortalité en Turquie a légèrement augmenté, passant de 5,4 décès pour 1 000 habitants en 2015 à 5,44 en 2019).

Le Comité note qu'il existe un écart entre les sexes, les femmes vivant environ 6 ans de plus que les hommes en moyenne. Le rapport indique que les principales causes de décès restent les maladies circulatoires, les néoplasmes et les maladies du système respiratoire.

Le rapport fournit en outre des statistiques sur le nombre de cas de maladies infectieuses par année ; il indique que le taux d'incidence du sida a diminué, passant de 0,15 cas pour 100 000 habitants en 2015 à 0,13 en 2018, de même que le taux d'incidence de la tuberculose, qui est passé de 15,9 cas pour 100 000 habitants en 2015 à 14,1 en 2018. Le taux d'incidence du cancer a quant à lui augmenté, passant de 212,6 cas pour 100 000 habitants en 2015 à 221,6 en 2016.

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

Accès aux soins de santé

Le Comité rappelle que le droit d'accès aux soins de santé exige également l'absence de retards inutiles dans leur prestation (Conclusions XX-2 (2013), Pologne). Le Comité a demandé à plusieurs reprises des informations spécifiques sur le temps d'attente moyen pour les soins dans les hôpitaux et pour une première consultation en soins primaires, et a souligné que si ces informations n'étaient pas fournies dans le prochain rapport, rien ne permettrait d'établir que la situation est conforme à la Charte sur ces points (Conclusions 2009, Conclusions 2013, Conclusions 2017).

En réponse, le rapport indique que les patients peuvent facilement prendre rendez-vous auprès de l'hôpital de leur choix par téléphone et par le biais d'applications sur des appareils intelligents, et précise qu'en procédant ainsi, les longues files d'attente sont évitées. Il fournit des statistiques sur le nombre d'hôpitaux, de lits d'hôpitaux, de centres de soins de santé primaires, de visites chez le médecin et de patients hospitalisés, ainsi que sur le taux d'occupation des lits. Toutefois, il ne répond pas à la demande du Comité sur les temps

d'attente réels concernant les soins aux patients hospitalisés, les soins ambulatoires, les soins primaires et les opérations chirurgicales. Faute d'information sur ces points, le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à la Charte, au motif qu'il n'est pas établi que la prestation des soins de santé n'est pas soumise à de longs délais d'attente.

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

Le rapport indique que les services d'information et de conseil jouent un rôle très important dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Le personnel médical employé dans les services de santé sexuelle et reproductive reçoit des formations spécialisées. Des études sont actuellement menées dans le but spécifique de permettre aux travailleurs agricoles saisonniers d'accéder aux services de santé sexuelle et reproductive. Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans bénéficient de ces services ainsi que de services de suivi de grossesse ; en outre, les femmes reçoivent gratuitement des suppléments en fer et en vitamine D pendant leur grossesse et dans la période qui suit l'accouchement.

Le rapport indique que les méthodes contraceptives sont proposées gratuitement dans les centres de soins de santé sexuelle et reproductive.

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

Le rapport fournit des informations sur le nombre d'avortements provoqués sur 100 grossesses et il apparaît que ce nombre a augmenté, passant de 4,7 en 2013 à 5,9 en 2018.

Le Comité note, d'après les observations finales du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) concernant le septième rapport périodique sur la Turquie, daté du 25 juillet 2016, que la politique de gratuité des contraceptifs et le cadre juridique de l'avortement risquent d'être menacés par les critiques répétées de représentants de haut niveau du gouvernement et qu'un grand nombre d'hôpitaux publics refusent de pratiquer l'avortement bien qu'il soit légal jusqu'à la dixième semaine de grossesse.

Le rapport ne fournissant aucune information sur l'avortement. Le Comité réitère sa demande d'informations sur l'accès à l'avortement et demande des informations sur les coûts de l'avortement et sur le remboursement total ou partiel de ces frais par l'État.

Le rapport indique que pour les femmes de la tranche d'âge de 15-19 ans, le taux de fécondité était de 17 naissances pour 1 000 femmes en 2019.

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

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

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

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

Le Comité a demandé, sous forme de question ciblée, des informations sur les mesures permettant de garantir un consentement éclairé aux interventions médicales ou aux traitements médicaux (au regard de l'article 11§2). En réponse, le rapport indique qu'en Turquie, toutes les interventions ou traitements liés à la santé doivent être effectués avec un consentement éclairé. Avant toute intervention ou traitement médical, les patients ou les parents qui en ont la charge doivent être informés de la procédure et des risques éventuels. Après avoir reçu ces informations, le patient ou les parents qui en ont la charge doivent signer les documents en déclarant qu'ils comprennent les interventions ou les traitements médicaux et les risques possibles.

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 prendre en charge les malades (nombre suffisant de lits d'hôpital, y compris d'unités et d'équipements de soins intensifs, et déploiement rapide d'un nombre suffisant du personnel médical).

Le rapport fournit des informations sur les mesures prises pour soigner les personnes malades dans les centres de soins de santé primaires, les établissements pénitentiaires, les organismes sociaux et les centres d'hébergement temporaire.

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

Le Comité rappelle que l'accès aux soins de santé doit être assuré à tous sans discrimination. Cela implique que les soins de santé en cas de pandémie doivent être effectifs et abordables pour tous, et que les États doivent garantir que les groupes particulièrement exposés à de hauts risques, tels que les sans-abri, les pauvres, les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes vivant en institution, les personnes détenues en prison et les personnes en situation irrégulière sont protégés de

manière appropriée par les mesures sanitaires mises en place. De plus, les États doivent prendre des mesures spécifiques bien ciblées pour garantir l'exercice du droit à la protection de la santé des personnes dont le travail (formel ou informel) les expose à un risque particulier d'infection (Observation interprétative sur le droit à la protection de la santé en temps de pandémie, 21 avril 2020).

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

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 11§1 de la Charte aux motifs que :

- les mesures prises pour réduire les taux de mortalité infantile et maternelle sont insuffisantes
- il n'est pas établi que de longs délais d'attente ne soient plus nécessaires pour bénéficier des soins de santé.

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 2 - Services de consultation et d'éducation sanitaires

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

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

Dans sa précédente conclusion, le Comité a considéré que la situation de la Turquie était conforme à l'article 11§2 de la Charte (Conclusions 2017).

Éducation et sensibilisation de la population

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

En réponse, le rapport indique que des efforts sont déployés pour prévenir la consommation de substances addictives telles que le tabac, l'alcool et les drogues. Le rapport fait référence au « Programme de formation à la lutte contre les addictions », qui consiste en des modules de formation adaptés à l'enseignement et à la vie adulte. Le rapport ajoute que des formations d'intervention sont dispensées aux professionnels travaillant dans le domaine de la dépendance. En outre, des services de conseil en matière d'addiction sont fournis aux citoyens qui s'adressent aux Centres de conseil en matière d'addiction des Centres pour une vie saine, et à leurs proches si nécessaire.

Le Comité note que le rapport ne contient pas d'informations détaillées sur l'éducation à la santé sexuelle et génésique ni sur les stratégies de prévention relatives à l'éducation sanitaire pour lutter contre les conduites autodestructrices et les troubles de l'alimentation dans la communauté et dans les écoles. Par conséquent, le Comité réitère sa demande. Il souligne que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Turquie soit conforme à l'article 11§2 de la Charte sur ce point.

Dans ses questions ciblées, le Comité a également demandé, des informations sur la sensibilisation et l'éducation en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre (OSIG) et de violence fondée sur le genre. Le rapport ne contient pas les informations demandées. Par conséquent, le Comité réitère sa demande. Il souligne que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Turquie 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 constaté que la Turquie a adopté une approche systématique du dépistage du cancer qui porte ses fruits quant à sa détection plus précoce, son traitement plus efficace et, en fin de compte, une réduction de la mortalité par cancer (Conclusion 2017). Il a demandé des informations actualisées sur la proportion de femmes et d'enfants couverts par les services de santé préventifs qui incluent contrôles sanitaires, dépistages et vaccinations, ainsi que sur l'accès à ces dépistages pour les femmes vivant

dans les zones rurales. Il a également demandé des informations actualisées sur le taux de couverture du dépistage du cancer, y compris sur la fréquence de ce dépistage. Le rapport ne fournit aucune information sur les consultations et le dépistage. Par conséquent, le Comité réitère ses questions.

Conclusion

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

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 3 - Prévention des maladies et accidents

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

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 ajourné sa conclusion (Conclusions 2017).

Services de santé dans les lieux de détention

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

Le rapport décrit l'organisation des soins de santé en prison : les soins primaires sont dispensés sur place par des médecins généralistes, qui peuvent orienter les patients vers des soins plus spécialisés, assurés en prison ou dans des établissements externes. L'État prend financièrement en charge les traitements médicaux des détenus. Le rapport fournit une liste des activités de prévention, de collecte de données, de dépistage, de traitement et de réadaptation menées dans les prisons. Le rapport présente également des données sur les effectifs du personnel soignant dans les prisons, qui témoignent d'une amélioration pendant la période de référence. Enfin, le rapport décrit brièvement la réglementation régissant le report des peines privatives de liberté pour cause de maladie.

Le Comité renvoie aux rapports établis par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants à la suite de ses visites en Turquie en 2017 et 2019, dans lesquels il s'est inquiété de la forte pénurie de médecins et d'infirmiers, une situation encore aggravée par l'augmentation de la population carcérale, et des lacunes majeures dans l'examen médical des nouveaux détenus. Le Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, qui s'est rendu en Turquie en 2016, a également fait observer que le surpeuplement de la plupart des lieux de détention avait des répercussions négatives sur l'accès rapide et adéquat aux soins médicaux et qu'il existait une pénurie de professionnels de santé, notamment de médecins généralistes, de dentistes, de psychiatres et de psychologues.

Le Comité demande des informations sur les mesures prises pour renforcer les effectifs du personnel de santé dans les prisons et pour soumettre tous les nouveaux détenus à un examen médical adéquat, en particulier à la lumière des observations susmentionnées des organes de surveillance internationaux.

Services de santé mentale de proximité

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

Le rapport précise que dans le cadre d'une vaste réforme du secteur de la santé mentale, un réseau de 177 services de santé mentale de proximité couvrant l'ensemble du pays a été développé au cours des dix dernières années. Le réseau vise à renforcer les compétences nécessaires pour mener une vie autonome par des méthodes telles que la réadaptation, la psychoéducation, l'ergothérapie et la thérapie collective ou individuelle. 2 000 professionnels de différents domaines ayant suivi une formation spéciale sont employés dans ces services. Le rapport fournit également des informations sur un projet mis en œuvre depuis 2018 par le ministère de la Famille, du Travail et des Services sociaux avec l'assistance technique de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dans le but de renforcer les compétences du personnel des services de santé en matière de soins aux personnes handicapées mentales et d'améliorer les services de soins de santé de proximité à l'échelle nationale.

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

Le Comité note que les informations fournies dans le rapport en réponse à la question ciblée sont insuffisantes. Par conséquent, le Comité renouvelle sa demande d'informations concernant les mesures prises pour fermer/réduire la taille des hôpitaux psychiatriques de long séjour et pour renforcer et développer davantage le réseau existant de services de soins de santé mentale de proximité. Le Comité demande également des informations sur les activités de sensibilisation actuellement menées et prévues pour réduire la stigmatisation et les stéréotypes négatifs entourant la santé mentale.

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 traitement agonistes opioïdes) tout en veillant à ce que le cadre de « la disponibilité, de l'accessibilité, de l'acceptabilité et de la qualité suffisante » des soins (le cadre « DAAQ » de l'OMS) soit respecté et soit toujours soumis à l'exigence d'un consentement éclairé. Cela exclut, d'une part, le consentement par la contrainte (comme dans le cas de l'acceptation d'une désintoxication ou d'un autre traitement obligatoire au lieu de la privation de liberté comme sanction) et, d'autre part, le consentement basé sur des informations insuffisantes, inexactes ou trompeuses (c'est-à-dire, qui ne sont pas fondées sur l'état actuel des connaissances scientifiques).

Le rapport fournit des données révélant que la prévalence des maladies infectieuses parmi les consommateurs de drogues par injection est relativement faible. Le nombre de décès liés à la drogue a atteint un maximum en 2017, pour fortement baisser par la suite (920 décès en 2016, 941 en 2017, 657 en 2018 et 342 en 2019). Le règlement relatif aux centres de conseil sur la dépendance, de désintoxication et de réadaptation (adopté en 2019) définit les principes régissant l'ouverture et le fonctionnement des structures qui offrent aux usagers de drogues et/ou à leurs familles des services de conseil et d'information, des traitements pharmacologiques et psychosociaux ambulatoires ou en établissement et des services de réadaptation. Une permanence téléphonique 24 heures/24 a été ouverte et fournit à titre confidentiel des conseils sur les questions relatives à l'usage de drogues et aux possibilités de traitement. La prise en charge thérapeutique des toxicomanes est gratuite.

Dans son rapport 2019 sur la drogue en Turquie, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies indique que les programmes de traitement de la toxicomanie sont axés sur la désintoxication, complétée par d'autres interventions consistant en des techniques d'entretien motivationnel et des thérapies cognitives visant à éviter la rechute. Les solutions fondées sur la réduction des risques, telles que les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues ou les centres d'injection supervisés ne sont pas disponibles en Turquie. Le traitement de la toxicomanie dans les prisons met l'accent sur les interventions motivationnelles, la sensibilisation et la gestion des symptômes de sevrage par des techniques de relaxation.

Le Comité note que les informations fournies dans le rapport en réponse à la question ciblée sont insuffisantes. Par conséquent, il demande une nouvelle fois à obtenir une présentation générale des services de prévention et de réduction des risques disponibles en Turquie, notamment des services proposant des traitements agonistes opioïdes et leur portée, et à connaître le nombre estimé d'usagers de ces services, ainsi que le montant des financements qui leur sont alloués, ventilé par type de structure (milieu pénitentiaire ou ouvert).

Environnement sain

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé des informations sur les mesures concrètes qui avaient été prises, notamment en matière de législation environnementale et de réglementation sur la prévention des risques évitables (Conclusions 2017). Le Comité a également demandé des informations sur les niveaux de contamination de l'eau, sur les

mesures prises dans les domaines du contrôle de la pollution industrielle et de la gestion des risques, sur les niveaux de pollution de l'air, ainsi que sur les cas de pollution de l'eau potable et d'intoxication alimentaire survenus pendant la période de référence, notamment s'ils étaient en augmentation ou en diminution. Enfin, le Comité a demandé des informations sur la pollution sonore, la gestion des déchets et les risques liés à l'amiante. Entre-temps, le Comité a réservé sa position sur ces points.

Le rapport précise que des progrès considérables ont été accomplis avec l'adoption des Plans de gestion de district hydrographique et des Plans d'action pour la protection des bassins hydrographiques, qui sont décrits en détail. La mise en œuvre d'un plan de collecte des déchets marins sur les côtes et dans les eaux du pays est en cours. Les zones couvertes par le réseau d'assainissement et de traitement des eaux usées ont fortement augmenté pendant la période de référence. Les systèmes nationaux de contrôle des sites contaminés et de la pollution aux nitrates de source agricole sont à présent opérationnels. Le rapport fournit des données sur les systèmes de gestion des déchets mis en place au niveau municipal et sur les quantités de déchets traités pendant la période de référence, ventilées par type (emballages, déchets dangereux, huiles minérales, huiles végétales, pneus, équipements électriques et électroniques, véhicules, déchets médicaux, déchets miniers, etc.). Une stratégie promouvant une approche de gestion « zéro-déchets » a été adoptée en 2017. Le rapport fournit également des informations sur le nombre de notifications enregistrées en vertu du règlement relatif à la classification, à l'étiquetage et à l'emballage des substances et des mélanges. Enfin, le rapport fournit des informations sur les activités d'éducation et de sensibilisation menées dans le cadre du Projet zéro déchet, et sur celles qui s'adressent à la population en général.

Le rapport décrit les améliorations apportées au réseau de surveillance de la qualité de l'air pendant la période de référence, notamment en ce qui concerne la mesure des émissions de gaz d'échappement, et présente des informations révélant des évolutions positives pendant cette période – par exemple, les émissions de PM10 ont diminué de 16 % entre 2015 et 2019 et les émissions de SO2 de 37 %. Le rapport présente également un aperçu des procédures en place pour mesurer la sécurité sanitaire des aliments (autorités responsables, dispositifs de contrôle et de signalement, réglementation applicable, etc.). Un règlement sur la qualité des eaux superficielles destinées à la production d'eau potable a été adopté en 2019 afin de renforcer les dispositions réglementaires et les mécanismes de surveillance relatifs à l'eau potable. Enfin, le rapport dresse la liste des projets de gestion des eaux menés pendant la période de référence.

Le rapport d'étape établi en 2021 par l'Union européenne fait notamment état d'une faible application des normes en vigueur dans le domaine de l'environnement. Une importante pollution atmosphérique est, en particulier, observée chaque année dans certaines villes.

Le Comité demande des informations sur les mesures prises pour renforcer l'application des normes en vigueur relatives à la pollution de l'air et de l'eau et aux autres formes de pollution environnementale, et notamment des divers plans et règlements mentionnés ci-dessus. Il demande également des informations sur les niveaux de pollution de l'air et sur les cas de pollution de l'eau potable et d'intoxication alimentaire survenus pendant la période de référence, en précisant s'ils étaient en augmentation ou en diminution, sur la pollution sonore, sur les risques liés à l'amiante et sur les mesures prises pour remédier aux problèmes de santé des populations touchées par la pollution environnementale. Enfin, le Comité demande des informations sur les mesures prises pour réduire la pollution atmosphérique dans les agglomérations urbaines. Le Comité considère que dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Turquie soit conforme à l'article 11§3 de la Charte.

Vaccinations et surveillance épidémiologique

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé des informations actualisées sur les programmes nationaux de vaccination et sur les mesures prises pour prévenir les maladies épidémiques (Conclusions 2017). Le Comité a souligné que dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte sur ce point.

Le rapport fournit des informations sur le Programme général de vaccination mis en œuvre en Turquie depuis 2018. Des services de vaccination sont fournis en vue de contrôler et d'éliminer complètement la coqueluche, la diphtérie, le tétanos, la rougeole, la rubéole, les oreillons, la tuberculose, la poliomyélite, la varicelle, l'hépatite A, l'hépatite B, les maladies invasives à pneumocoques et l'*Haemophilus influenzae* de type B. Actuellement, tous les enfants sont vaccinés gratuitement. Le rapport fournit des informations supplémentaires sur la vaccination des adultes et des personnes placées sous protection temporaire, ainsi que sur le Plan d'action 2019-2023 sur les zoonoses. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations et des données chiffrées sur les taux de couverture vaccinale.

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 la capacité de production de vaccins en Turquie.

Tabac et alcool

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé des données et des informations actualisées sur l'évolution de la consommation de tabac et d'alcool et a, entre-temps, réservé sa position sur ce point (Conclusions 2017).

Le rapport présente des données détaillées sur la consommation de tabac et d'alcool pendant la période de référence, ventilées par sexe et par âge. Les données révèlent une légère augmentation de la consommation de tabac (28 % de fumeurs quotidiens en 2019 contre 26,5 % en 2016) et d'alcool (14,9 % en 2019 contre 12,2 % en 2016). La Stratégie 2018-2023 pour le contrôle du tabagisme, adoptée en 2018 et assortie d'un plan d'action, met l'accent, d'une part, sur la réduction de la demande et de l'accessibilité, et d'autre part sur le suivi de la coordination et l'évaluation des mesures de contrôle.

Accidents

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé des informations sur les mesures prises pour réduire le nombre d'accidents de la route et pour prévenir les accidents domestiques, les accidents à l'école et les accidents pendant les loisirs (Conclusions 2017). Il a souligné que dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte sur ce point.

Le rapport précise que le Document d'application sur la sécurité routière, publié en 2017, est une feuille de route complète pour réduire les accidents de la route. Il prévoit des mesures de surveillance, de sensibilisation sociale, de renforcement des capacités et d'éducation. Certaines de ces mesures ont eu un impact immédiat, à savoir, par exemple, une baisse de 20,3 % du nombre d'accidents et une baisse de 12 % du nombre d'accidents mortels sur l'autoroute entre 2018 et 2019. Le rapport ajoute que le Plan stratégique 2011-2020 pour la sécurité routière sur l'autoroute a atteint ses objectifs. En effet, le pourcentage de personnes ayant perdu la vie à la suite d'un accident de la route est passé de 9,6 pour 100 000 en 2015 à 6,5 pour 100 000 en 2019, soit un pourcentage bien inférieur aux moyennes internationales. De nouveaux plans de sécurité routière pour la période 2021-2030 sont récemment entrés en vigueur (hors période de référence). Ils prévoient des mesures telles que la construction de routes plus sûres, la création de systèmes de signalisation plus sûrs,

la promotion de l'utilisation de véhicules plus sûrs, la mise en place de limites de vitesse plus sûres et fonctionnelles et l'amélioration de l'équipement et des méthodes d'intervention post-accidents. Le rapport présente également un aperçu des activités menées par la Direction générale des autoroutes pendant la période de référence, sous la supervision du ministère des Transports et de l'Infrastructure. Enfin, le rapport dresse la liste des activités menées pendant la période de référence en vue de prévenir les accidents en milieu scolaire.

Covid-19

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

Le rapport fournit des informations sur les mesures prises pour limiter la propagation du virus dans les structures de soins de santé primaires, les établissements pénitentiaires, les centres d'hébergement temporaire et les établissements scolaires.

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

Conclusion

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

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 1 - Existence d'un système de sécurité sociale

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

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

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2017), le Comité a estimé qu'il n'était pas établi que les régimes de sécurité sociale existants couvraient un pourcentage significatif de la population. En réponse à sa question, le Comité relève dans le rapport qu'en ce qui concerne les soins de santé, l'assurance maladie universelle couvre les personnes considérées comme titulaires de l'assurance maladie universelle par la loi n° 5 510. Le rapport dresse la liste des catégories de personnes qui ne relèvent pas du régime universel et qui sont couvertes par leur propre assurance maladie d'entreprise. Le Comité note que 85 % de la population était couverte par l'assurance en 2019. En ce qui concerne l'assurance maladie, selon le rapport, 69 % de la population active était assurée en 2019. S'agissant de la couverture totale, le Comité note que le pourcentage de personnes assurées était de 76,80 %, en ce compris les personnes qui réglent elles-mêmes leurs primes d'assurance.

En ce qui concerne les prestations de retraite, le Comité relève dans le rapport de la Turquie au titre du Code européen de sécurité sociale que 85 % de la population était couverte par le régime contributif. Pour ce qui est de l'assurance chômage, son champ d'application est régi par l'article 46 de la loi n° 4447. Le Comité note que la couverture totale de la population active contre ce risque était de 65,7 % en 2019. D'après le rapport, les fonctionnaires et les personnes qui travaillent à leur propre compte sont exclus de la couverture. Le Comité note que les fonctionnaires ne sont pas couverts par l'assurance chômage parce qu'ils ne peuvent être licenciés de la fonction publique que s'ils en ont exprimé le souhait ou à la suite d'une faute définie par la loi. De ce point de vue, d'après le rapport, les fonctionnaires sont protégés contre le chômage. Le Comité demande au prochain rapport de fournir des informations plus détaillées sur la situation des fonctionnaires en ce qui concerne leur couverture contre le risque de chômage. Il demande également au prochain rapport de fournir des informations sur la couverture personnelle de chaque branche de la sécurité sociale : pour les soins de santé, le pourcentage de la population couverte et pour les prestations de remplacement du revenu, le pourcentage de la population active couverte. En attendant, elle réserve sa position sur cette question.

Caractère suffisant des prestations

Le Comité relève dans le rapport que la rémunération brute moyenne s'élevait à 3 891,30 livres turques (374 €) en 2019. Le salaire minimum brut s'élevait à 2 558,40 livres turques (248 €). Le Comité note que, selon les données Eurostat, en 2019, 50 % du revenu médian ajusté correspondait à 126 € et 40 % du revenu médian ajusté correspondait à 110 €.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a estimé que le montant minimum des prestations de maladie était suffisant. Il relève dans le MISSCEO que les prestations de maladie servies aux fonctionnaires correspondent à leur salaire complet. Dans le secteur privé, les travailleurs perçoivent les deux tiers de leur rémunération journalière en cas de prise en charge ambulatoire et la moitié de leur rémunération journalière en cas d'hospitalisation. Les rémunérations soumises à cotisations doivent être comprises entre le salaire minimum brut et 7,5 fois ce montant. Le Comité demande que le prochain rapport précise quel est le montant minimum mensuel de l'indemnité de maladie. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

En ce qui concerne l'allocation de chômage, le Comité a noté dans sa précédente conclusion que son montant minimum se situait entre 40 % et 50 % du revenu médian. Il a

par conséquent demandé que le prochain rapport indique quelles prestations complémentaires (contributives ou non contributives) pouvaient, le cas échéant, être servies aux bénéficiaires de l'allocation minimale. Le Comité relève dans le rapport que le montant journalier de l'allocation de chômage correspond à 40 % de la rémunération journalière brute moyenne de l'intéressé et ne peut excéder 80 % du salaire minimum mensuel. Ainsi, d'après le rapport, l'allocation minimale de chômage, basée sur le salaire minimum, s'élevait en 2019 à 1 155 livres turques (112 €). Le Comité relève dans le rapport que selon la loi n° 3 294 relative à l'assistance sociale et à l'encouragement de la solidarité, les personnes peuvent demander à bénéficier de l'assistance sociale de leur lieu de résidence.

Le caractère suffisant des prestations est, en principe, évalué sur la base des prestations contributives, même si, dans certains cas, les prestations non contributives sont également prises en considération, en particulier lorsque le montant des premières se situe entre 40 et 50 % du revenu médian ajusté. Le Comité demande si les personnes qui perçoivent les montants minima des prestations de chômage et de maladie peuvent aussi demander à bénéficier d'une assistance sociale. Entre-temps, il réserve sa position concernant le caractère suffisant de cette prestation.

En réponse à la question du Comité, le rapport précise que le paiement des prestations de chômage peut être suspendu si le bénéficiaire refuse, sans raison valable, une offre d'emploi correspondant à sa profession, proposant une rémunération et des conditions de travail proches de son emploi antérieur et se situant à proximité de sa commune de résidence. Le Comité relève à cet égard dans le rapport que le refus par les chômeurs assurés des offres d'emploi ou de formation professionnelle proposées par l'Agence turque pour l'emploi (ISKUR) est régi par l'article 52 de la loi n° 4 447 relative à l'assurance chômage. Cette loi dresse la liste des motifs justifiés de refus d'une offre d'emploi, par exemple lorsque celle-ci ne correspond pas au niveau d'études, à l'âge, à la condition physique ou à l'état de santé de l'assuré.

Le Comité rappelle que les prestations de chômage doivent également remplir des conditions spécifiques pour être conformes à l'article 12§1. En particulier, il faut prévoir une période initiale raisonnable durant laquelle le chômeur peut refuser une offre d'emploi ou de formation ne correspondant pas à ses qualifications antérieures sans perdre son droit aux prestations de chômage. Le Comité demande si la législation prévoit une telle période initiale.

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

Conclusion

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

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

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

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

Le Comité rappelle que la Turquie a ratifié le Code européen de sécurité sociale le 7 mars 1980 et en a accepté les Parties II, III, V, VI, VIII, IX et X.

Le Comité relève dans la Résolution CM/ResCSS(2020)20 du Comité des Ministres sur l'application du Code européen de sécurité sociale par la Turquie (période du 1^{er} juillet 2018 au 30 juin 2019) que la législation et la pratique de la Turquie continuent à donner pleinement effet à toutes les parties acceptées du Code, sous réserve de mettre les conditions d'ouverture du droit aux prestations d'invalidité en conformité avec le Code.

Conclusion

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

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 3 - Evolution du système de sécurité sociale

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

Le Comité rappelle qu'il a été demandé aux Etats de répondre à deux questions ciblées pour l'article 12§3 de la Charte ainsi que, le cas échéant, aux conclusions précédentes de non-conformité ou d'ajournement (voir l'annexe à la lettre du 3 juin 2020 par laquelle le Comité a demandé un rapport sur la mise en œuvre de la Charte s'agissant des dispositions du groupe thématique « Santé, sécurité sociale et protection sociale »).

Dans sa conclusion précédente, le Comité avait estimé que la situation de la Turquie était conforme à l'article 12§3 de la Charte (Conclusions 2017). Il limitera donc son examen aux réponses données par le Gouvernement aux deux questions ciblées, à savoir :

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

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

Travailleurs des plateformes numériques

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

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

Dans son rapport, le Gouvernement indique que conformément à la loi n° 5510 sur l'assurance sociale et l'assurance maladie universelle, les personnes employées par un ou plusieurs employeurs sur la base d'un contrat de service, les travailleurs indépendants, les employés du secteur public et les affiliés volontaires (entre autres catégories) sont assurés. Les chauffeurs de taxis et de minibus commerciaux, les artistes et les travailleurs domestiques peuvent aussi être assurés sous certaines conditions. Le Gouvernement précise qu'il n'y a pas de disposition spéciale pour les personnes dont le travail est géré par des plateformes numériques ; ces personnes sont soumises aux dispositions régissant les personnes travaillant sur la base d'un contrat de service. Il ajoute que, la pandémie ayant démontré l'importance du travail à distance (télétravail), des consultations ont débuté en

2020 (hors période de référence) en vue de l'élaboration d'une nouvelle réglementation sur les modalités et les principes du travail à distance.

Le Comité relève que le Gouvernement n'a pas fourni d'informations précises au sujet de la couverture sociale des travailleurs des plateformes numériques. Par conséquent, le Comité réitère sa question à ce sujet. Il demande que le prochain rapport contienne des informations sur le nombre de travailleurs des plateformes numériques/leur proportion (pourcentage) par rapport au nombre total de travailleurs, leur statut (salariés, indépendants et/ou autre catégorie), le nombre/pourcentage de ces travailleurs par statut ainsi que la couverture sociale dont ils bénéficient (par statut). Dans ce contexte, le Comité tient à souligner que le travail via des plateformes numériques n'est pas équivalent au travail à distance (ou télétravail).

Covid-19

En réponse à la seconde question, le Gouvernement mentionne différentes mesures mises en place pour réduire les effets de la pandémie de covid-19 sur le marché du travail, l'emploi et la couverture sociale. En particulier, les conditions pour le versement des allocations de travail de courte durée (mécanisme de chômage partiel) ont été assouplies en cas de réduction des heures de travail due à la covid-19. De plus, deux nouveaux dispositifs de soutien ont été instaurés : l'aide salariale en espèces et la prime de normalisation. L'aide salariale en espèces est versée aux travailleurs qui sont contraints de prendre un congé sans solde en raison de la pandémie et ne peuvent pas bénéficier de l'allocation de travail de courte durée, ainsi qu'aux travailleurs dont le contrat de travail a été résilié après le 15 mars 2020 et ne peuvent prétendre aux allocations de chômage. La prime de normalisation vise à inciter la reprise normale du travail ; dans ce contexte, la part patronale des cotisations de sécurité sociale a été couverte pour une durée allant jusqu'à six mois. Selon les données du mois de mars 2021, près de 3,8 millions de personnes ont bénéficié d'allocations de travail de courte durée (pour un montant total d'environ 27,7 milliards TRY, soit environ 2,8 milliards €), près de 2,5 millions de personnes ont reçu des aides salariales en espèces (pour un montant total d'environ 8,3 milliards TRY, soit environ 851 millions €), et environ 3,5 milliards TRY (soit environ 359 millions €) ont été versés pour les primes de normalisation (concernant près de 3,2 millions de travailleurs) depuis le début de la pandémie (taux de change du 31 mars 2021).

A ces mesures s'ajoute l'introduction de prestations en ligne (pour limiter les contacts physiques et, en conséquence, les risques de contamination), notamment le paiement par virement bancaire des prestations de l'Agence turque de l'emploi (İŞKUR), e.g. allocations de chômage, allocations de travail de courte durée et aides salariales en espèces.

Conclusion

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

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

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

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

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

Égalité de traitement

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

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2017), le Comité a noté que la loi n° 5510 sur l'assurance sociale et l'assurance maladie imposait une condition de résidence d'un an aux étrangers pour être couverts par l'assurance maladie universelle. Il a demandé que le prochain rapport précise si cela concerne également les soins d'urgence. Il note d'après le rapport que les soins d'urgence sont dispensés par le service des urgences des fournisseurs de services de santé agréés par le ministère de la Santé. Les soins d'urgence sont dispensés à l'issue de l'évaluation faite par le médecin. Les situations d'urgence sont définies comme des situations nécessitant une intervention médicale dans les 24 heures, et les situations présentant un risque pour la vie ou la santé en l'absence d'intervention médicale immédiate. Dans ces situations, les soins prodigués sont considérés comme des soins d'urgence et sont dispensés gratuitement. Une disposition figurant dans une circulaire présidentielle prévoit que tous les établissements de santé publics et privés chargés de dispenser des soins d'urgence sont tenus de prendre en charge les patients dont l'état de santé relève de la définition de l'urgence. Les établissements médicaux admettent les patients en situation d'urgence et leur prodiguent le traitement médical nécessaire.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations concernant d'autres prestations de sécurité sociale (vieillesse, chômage, accidents du travail et invalidité). Il demande en particulier si la loi impose une certaine durée de résidence pour l'octroi de ces prestations. Entretemps, il réserve sa position sur ce point.

Droit à la conservation des avantages acquis

Le Comité rappelle que les prestations de vieillesse, d'invalidité ou de survivant et les rentes d'accidents du travail ou de maladie professionnelle acquises au titre de la législation d'un État et aux conditions d'octroi fixées par cette législation devraient être maintenues (exportées) même si l'intéressé s'installe dans un autre État. Dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé comment le principe de conservation des avantages acquis était garanti depuis la réforme de 2006.

Le Comité note à cet égard d'après le rapport que des accords en matière de sécurité sociale ont déjà été signés et sont en vigueur avec 32 pays. Ce nombre doit encore augmenter de trois accords supplémentaires en matière de sécurité sociale pour lesquels les négociations sont achevées et qui sont en cours de signature. D'après le rapport, ces accords garantissent qu'une personne satisfaisant aux conditions de l'ouverture du droit à une prestation de vieillesse recevra cette prestation même si elle s'installe dans un autre État. D'après le rapport, la prestation de survivant est elle aussi exportable. Le Comité demande si les prestations d'invalidité sont exportables.

Le Comité demande quelle base juridique garantit l'exportabilité des prestations de vieillesse, d'invalidité et de survivant, ainsi que la coordination internationale en matière de sécurité sociale.

Droit au maintien des droits en cours d'acquisition (Article 12§4b)

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

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

Le Comité a précédemment estimé que la situation était conforme à la Charte dès lors que la Turquie avait ratifié la Convention européenne de sécurité sociale. Le Comité demande que le prochain rapport indique comment le maintien des droits en cours d'acquisition est garanti aux ressortissants des États parties avec lesquels des accords bilatéraux n'ont pas été conclus.

Conclusion

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

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

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

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

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

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

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

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

Le Comité prend note des réformes développées au cours de la période de référence. Le rapport fournit des chiffres sur les inégalités de revenus et indique qu'au cours de la période de référence, le taux de pauvreté a diminué de 13,7 % à 13 %.

Le rapport ne fait référence à aucun nouveau développement juridique en matière d'assistance sociale. Le Comité rappelle que dans ses Conclusions 2013, il a estimé que la situation en Turquie n'était pas conforme à la Charte au motif qu'au cours de la période de référence, il n'existait pas de régime d'assistance générale légalement établi qui garantirait à toute personne dans le besoin un droit subjectif et opposable à l'assistance sociale. Dans ses conclusions publiées en 2017, le Comité a demandé quelle disposition légale garantit le droit subjectif à une prestation de base (par exemple, une aide régulière), pour toute personne dans le besoin, sous condition de ressources, ainsi qu'à des prestations supplémentaires (par exemple, des aides périodiques, telles que des allocations de logement et de chauffage). Dans l'intervalle, le Comité réserve sa position quant à savoir si la législation prévoit un droit exécutoire légalement reconnu à l'aide sociale pour toute personne dans le besoin. Le Comité avait également demandé précédemment (Conclusions 2017) si toutes les personnes bénéficiant de l'aide sociale sont incluses dans l'assurance maladie universelle et si cette dernière va au-delà de l'aide d'urgence.

Le rapport indique que les personnes qui perçoivent une pension de vieillesse ou d'invalidité ou toute personne bénéficiant du système de sécurité sociale n'ont pas droit à l'aide sociale. Les avantages en nature tels que la nourriture, le carburant, le logement, etc. sont disponibles pour ceux qui n'ont pas de sécurité sociale et qui sont considérés comme étant dans le besoin par le conseil d'administration de la Fondation d'assistance sociale et de solidarité, ou ceux dont le revenu du ménage est inférieur à 1/3 du salaire minimum net

mensuel, même s'il y a une personne ayant la sécurité sociale dans le ménage. Pour bénéficiaire de l'aide, il est nécessaire de s'adresser à la Fondation d'assistance et de solidarité sociale du lieu de résidence.

Le rapport mentionne également le fait que les programmes d'assistance sociale en Turquie sont mis en œuvre conformément aux dispositions de la loi sur l'assistance sociale et la promotion de la solidarité (loi n° 3294) et de la loi sur le versement du salaire aux citoyens turcs de plus de 65 ans dans le besoin, faibles et orphelins (loi n° 2022). L'article 2 de la loi n° 3294 précise les conditions requises pour bénéficier des programmes d'aide sociale. Les programmes de transfert conditionnel d'espèces sont des programmes d'assistance sociale réguliers qui sont prédéterminés et dont les bénéficiaires bénéficient tant que les conditions sont remplies. Pour bénéficier du programme d'aide correspondant, il existe des conditions de base : les familles doivent être dans le besoin et les enfants doivent être scolarisés. Le montant de l'aide à accorder dans le cadre du programme et le calendrier des paiements sont déterminés à l'avance. Les décisions finales concernant les demandes des citoyens à cet égard sont prises par le conseil d'administration des fondations d'assistance sociale et de solidarité.

En ce qui concerne l'assistance médicale, conformément à la loi sur l'assurance sociale et l'assurance maladie générale (loi n° 5510), les citoyens qui ont un numéro d'identification reçoivent des soins de santé en s'inscrivant auprès du médecin de famille de leur choix. Les personnes dont le revenu mensuel par personne dans la famille est inférieur à un tiers du salaire minimum bénéficient de l'assurance maladie universelle et peuvent donc bénéficier de tous les services de santé, y compris les services de santé d'urgence. Les citoyens dont le revenu familial est égal ou supérieur à un tiers du salaire minimum sont tenus de payer des primes et bénéficient de l'assurance maladie générale en couvrant eux-mêmes les primes.

Le Comité comprend que tous les citoyens ont accès aux soins de santé au-delà de l'aide d'urgence. Cependant, il réitère sa question quant à la reconnaissance d'un droit subjectif et opposable à l'aide sociale. Si cette information n'est pas fournie dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte sur ce point précis.

Niveaux de prestations

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

- Prestation de base : le Comité note dans le rapport qu'il existe différents types de pensions d'aide et d'assistance : pour les retraités, pour les personnes handicapées, les aides familiales et les aides liées à la santé, etc. Cependant, il semble, d'après le rapport, qu'il n'existe pas de prestation de base spécifique pour une personne célibataire de plus de 18 ans ne relevant d'aucune de ces catégories spécifiques et se trouvant dans le besoin.
- Prestations supplémentaires : le Comité a demandé dans ses conclusions de 2017 de fournir une estimation de toutes les prestations supplémentaires (par exemple, l'aide périodique, l'aide à domicile, l'allocation de logement, l'aide alimentaire, etc.) qu'une personne seule sans ressources peut obtenir. Le rapport fait référence à une allocation pour couvrir l'électricité, qui était en 2019 de 53,27 TRY (5,38 €) pour une personne par mois.
- Seuil de pauvreté : le Comité note que selon les données d'Eurostat, le revenu équivalent médian était de 3022 € par an en 2019 et que le seuil de pauvreté, défini comme 50 % du revenu équivalent médian, était de 1511 € par an, soit 126 € par mois. Selon le rapport, le seuil de pauvreté national, correspondant à 50 % du revenu médian en 2019, était de 10442 TRY (1054,93 € au taux du 31/07/2021) pour 2019 ou 870,16 TRY (87,9 €) par mois. En 2015, 50 % du revenu médian était de 6246 TRY (196 €, au taux du 31/12/2015), soit 520,5 TRY (163 €) par mois.

Le Comité avait précédemment considéré dans ses conclusions de 2017 qu'il n'était pas établi que le niveau de l'aide sociale versée à une personne seule sans ressources était adéquat. Le Comité note que le rapport fournit certaines des informations requises, selon lesquelles il ne semble pas y avoir de prestation disponible pour les personnes dans le besoin qui ne font pas partie d'une des catégories spéciales (plus de 65 ans, handicap, grossesse, maladie, orphelinat, etc.), en dehors de l'allocation d'électricité. A la lumière de ces éléments, le Comité considère que le niveau de l'aide sociale versée à une personne seule sans ressources n'est pas adéquat et que la Turquie n'est pas conforme à la Charte pour ce motif.

Droit de recours et aide judiciaire

Le Comité avait précédemment procédé à un report dans ses conclusions de 2017, dans l'attente des informations permettant de savoir si la législation prévoit un droit exécutoire à l'aide sociale reconnu par la loi,

Le rapport fait référence à la loi n° 2022 et à la possibilité de contester judiciairement les décisions prises par les conseils d'administration. Il fait référence aux pensions en particulier. Le Comité souhaiterait toutefois savoir si le droit à tout type d'assistance sociale est assorti d'un droit de recours effectif, ainsi que des informations sur les différentes contestations et pratiques en la matière. Le Comité réitère sa réserve sur ce point.

Champ d'application personnel

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

Ressortissants étrangers résidant légalement sur le territoire

Dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé si les ressortissants des États parties résidant légalement en Turquie avaient droit à l'assistance sociale et médicale sur un pied d'égalité avec les nationaux, sans être soumis à une quelconque condition de durée de résidence.

Le rapport indique que les personnes qui demandent une protection internationale ou sont reconnues comme apatrides peuvent accéder à l'assurance maladie universelle conformément à l'alinéa 2 du paragraphe (c) de l'article 60 de la loi sur l'assurance sociale et l'assurance maladie générale (loi n° 5510). Pour les demandeurs ou les bénéficiaires de la protection internationale qui ne sont couverts par aucune assurance médicale et qui n'ont pas les moyens financiers de se payer des services médicaux, les dispositions de la loi sur l'assurance sociale et l'assurance médicale universelle (loi n° 5510) s'appliquent pendant une période d'un an à compter de l'enregistrement, conformément à l'article 89 de la loi sur les étrangers et la protection internationale (loi n° 6458).

En ce qui concerne les autres ressortissants étrangers, l'article 60 de la loi n° 5510 fait référence au droit à la protection sociale dont bénéficient les soldats étrangers, ceux qui sont sous le commandement général de la gendarmerie en Turquie, ainsi que les personnes qui ne sont pas assurées en vertu de la législation d'un pays étranger qui ont obtenu un permis de séjour, à condition que la base de réciprocité soit également prise en compte. Les fondations d'assistance sociale et de solidarité fournissent une assistance pour les besoins urgents et fondamentaux des étrangers qui sont enregistrés par les institutions publiques dans le cadre de la décision de principe sur l'aide aux ressortissants étrangers dans notre pays. En outre, elles fournissent une assistance aux étrangers qui ne peuvent pas être enregistrés dans un court laps de temps et qui ont besoin de répondre à leurs besoins fondamentaux de manière urgente.

Le rapport détaille également la protection accordée aux réfugiés, notamment aux Syriens. En octobre 2020, il a touché plus de 1 789 603 bénéficiaires et un total de 8 milliards 332000000 TLY de soutien financier est apporté aux familles de réfugiés les plus vulnérables vivant en Turquie.

Toutefois, la question de savoir si les ressortissants des États parties résidant légalement en Turquie, en dehors des réfugiés ou des personnes bénéficiant d'autres programmes spécifiques, ont droit à l'assistance sociale et médicale sur un pied d'égalité avec les nationaux, sans être soumis à une quelconque condition de durée de résidence, demeure. 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.

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 associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) c. Pays-Bas, réclamation n° 86/2012, décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014, §187). Le Comité a demandé dans ses conclusions de 2017 si la législation et la pratique sont conformes à ces exigences.

Le rapport indique simplement qu'une assistance sociale et médicale est fournie aux réfugiés les plus vulnérables vivant en Turquie et que différents programmes couvrent les étrangers qui bénéficient d'une protection temporaire ou ont demandé une protection internationale temporaire, ont un statut de protection internationale ou un permis de séjour dans le cadre de la loi sur les étrangers et la protection internationale n° 6458. Toutefois, cela ne répond pas à la question de savoir si les étrangers en situation irrégulière ont accès aux besoins fondamentaux et pendant combien de temps. Le Comité réitère sa question. Si ces informations ne sont pas fournies dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte.

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

Le rapport indique que, pendant l'épidémie et la pandémie de la covid-19, les centres d'hébergement temporaire ont été informés de prendre des mesures. Des travaux de désinfection ont été effectués régulièrement dans les centres d'hébergement temporaire. En outre, des brochures d'information ont été imprimées et distribuées dans les centres d'hébergement.

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 pour garantir ce droit.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte au motif que le montant de l'aide sociale versée à une personne seule sans ressources est insuffisant.

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

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

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

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

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

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

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 "). Toutefois, aucune question ciblée n'a été posée en ce qui concerne l'article 13§4. Le Comité a reporté sa précédente conclusion en 2017. Il limitera donc son examen aux réponses du gouvernement à sa précédente demande d'informations complémentaires pertinentes.

Le Comité se réfère également à sa conclusion adoptée en 2017 au titre de l'article 13§1 (champ d'application personnel) et rappelle que l'article 13§4 ne couvre que l'assistance sociale et médicale d'urgence pour les ressortissants des États parties légalement présents (mais non résidents) sur le territoire.

Enfin, le Comité rappelle que les États parties sont tenus de fournir aux étrangers non résidents, sans ressources, une assistance sociale et médicale d'urgence. Cette aide doit couvrir le logement, la nourriture, l'habillement et l'assistance médicale d'urgence, pour faire face à un état de besoin urgent et sérieux (sans interpréter de manière trop restrictive les critères d'" urgence " et de " gravité "). Aucune condition de durée de présence ne peut être posée au droit à l'aide d'urgence (Réclamation n° 86/2012, Fédération européenne des organisations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANSA) c. Pays-Bas, décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014, §171). Le Comité demande au prochain rapport de confirmer que ces exigences sont satisfaites.

Le Comité avait noté dans sa précédente Conclusion de 2017, qu'en cas d'accident de la route, tous les frais liés aux soins de santé étaient pris en charge, que la victime soit couverte par la sécurité sociale ou non. Toutefois, il avait demandé si d'autres urgences médicales étaient également prises en charge pour les ressortissants étrangers en situation régulière et sans ressources. Le rapport indique que la Turquie a ratifié la Convention européenne d'assistance sociale et médicale du Conseil de l'Europe depuis 1977, ainsi que la Convention européenne relative au statut juridique du travailleur migrant depuis 1983. La Turquie s'est donc engagée à faire en sorte que les ressortissants des autres Parties qui sont légalement présents sur son territoire et qui ne disposent pas de ressources suffisantes, aient droit à la même assistance sociale et médicale que les ressortissants turcs. En vertu de l'article 63 de la loi n° 5510 sur l'assurance maladie générale, les urgences médicales sont traitées de la même manière. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur l'accès des ressortissants étrangers non-résidents à l'aide sociale d'urgence. Dans l'attente de la réception des informations demandées, le Comité considère donc que la situation est conforme à la Charte.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Turquie est conforme à l'article 13§4 de la Charte.

Article 14 - Droit au bénéfice des services sociaux

Paragraphe 1 - Encouragement ou organisation des services sociaux

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

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.

Le Comité a conclu précédemment (Conclusions 2017) que la situation n'était pas conforme à la Charte au motif qu'il n'avait pas été établi que le personnel des services sociaux était en nombre suffisant et qu'il avait les qualifications nécessaires pour répondre aux besoins des usagers. Il a noté que les données statistiques fournies ne permettaient pas d'établir que le personnel des services sociaux était qualifié et en nombre suffisant ni que la répartition géographique de ces services était suffisamment large. Le Comité devait pouvoir s'appuyer sur des données statistiques indiquant le nombre de bénéficiaires ventilés par type de service, les effectifs et le montant des dépenses.

En réponse, le rapport rappelle que l'assistance sociale est fournie par les centres de soutien aux familles et les centres de services sociaux, et précise que les services sociaux sont assurés par du personnel qualifié (psychologues, travailleurs sociaux, spécialistes du développement de l'enfant, sociologues, conseils psychologiques et professeurs d'orientation, personnel infirmier, enseignants, fonctionnaires, éducateurs, personnel administratif). Le ministère de la Famille, du Travail et des Services sociaux emploie 3 083 personnes au total, dont 1 006 au Service Conseil aux Familles (67 000 bénéficiaires depuis 2012) : 28 formateurs sont affectés au programme d'éducation pré-nuptiale, 75 formateurs et 866 éducateurs sont affectés au programme d'éducation familiale (2 millions de bénéficiaires depuis 2013). En ce qui concerne leur répartition géographique, le rapport informe que les centres de services sociaux sont implantés dans tout le pays, à savoir :

- dans les centres provinciaux,
- dans les districts comptant plus de 50 000 habitants,
- dans les districts comptant 40 000 à 50 000 habitants,
- dans les districts comptant 20 000 à 40 000 habitants, si le centre de services sociaux le plus proche est à plus de 100 km.

Il existe également des centres de prévention et de suivi de la violence dans les 81 provinces du pays. Au total, 111 foyers relevant du ministère de la Famille, du Travail et des Services sociaux accueillent les femmes dans les 81 provinces. Le rapport donne également des données statistiques sur les dépenses de protection sociale, ventilées par type de service. Le Comité constate que le niveau des dépenses a augmenté pendant la période de référence, pour atteindre 12,5 % du PIB en 2009. Il relève toutefois que la Commission européenne juge ce taux très faible dans son rapport 2020 sur la Turquie qui accompagne la

communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions sur la politique d'élargissement de l'UE. Il ressort également des données statistiques fournies que l'augmentation est proportionnelle à celle du montant des prestations. Le ratio personnel/bénéficiaires ne ressort pas de ces statistiques, à l'exception des informations sur le personnel travaillant pour l'aide aux familles. Le rapport ne répond donc que partiellement à la conclusion de non-conformité du Comité. En particulier, le Comité a besoin de données chiffrées sur les effectifs rapportés au nombre de bénéficiaires et ventilés par type de service. Compte tenu de l'absence d'informations sur ce point, le Comité renouvelle son constat de non-conformité au motif qu'il n'est pas établi que les services sociaux sont effectivement accessibles et assurés par un personnel en nombre suffisant.

Le Comité a aussi demandé précédemment si la qualité des services sociaux fournis par les organisations non gouvernementales faisait l'objet d'inspections régulières, ainsi que des informations concernant l'impact des inspections sur l'amélioration de la qualité des services sociaux. D'après le rapport, tous les établissements, établissements médicalisés et centres de réadaptation des secteurs public et privé sont placés sous le contrôle du ministère de la Famille, du Travail et des Services sociaux. Chaque institution est évaluée par des inspecteurs et des contrôleurs de la Présidence de l'orientation et de l'inspection du ministère, conformément aux programmes de contrôle général. Les inspections sont conformes aux dispositions du Règlement sur les établissements médicalisés, les maisons de retraite et les centres de réadaptation et du Règlement sur les services sociaux et le Service de protection de l'enfance de la Direction générale des services de réadaptation et de conseil familial pour les personnes handicapées. Les inspecteurs et les agents de la Direction provinciale effectuent des inspections régulières ou inopinées dans ces établissements. L'inspection des centres de soins spéciaux est régie par le Règlement sur les centres de soins spéciaux pour les personnes handicapées ayant besoin de soins. La Direction provinciale effectue des visites d'inspection tous les six mois au moins, en présence du directeur provincial et de deux salariés au minimum. Le centre est informé des conclusions des inspections par écrit. Si les manquements ou irrégularités constatés dans le rapport d'inspection ne sont pas corrigés, le directeur provincial impose des amendes administratives dont le montant peut aller de dix à cinquante fois le salaire minimum net mensuel. Si les manquements ou irrégularités ne sont pas corrigés dans le délai fixé, le ministère ferme le centre. Aucune nouvelle admission dans le centre n'est autorisée tant qu'il n'a pas été remédié aux manquements ou irrégularités. Les Centres de prévention et de suivi de la violence fournissent également des services de soutien et de suivi en matière de prévention de la violence. Le Comité demande une nouvelle fois si l'impact des inspections a été identifié et évalué. Il demande, entre autres, des statistiques sur les inspections effectuées et les amendes et/ou recommandations imposées, et si des évolutions ont été observées à cet égard. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

Le Comité a demandé précédemment (Conclusions 2013) des éclaircissements sur la manière dont, d'une manière générale, les décisions relatives à la fourniture de services sociaux étaient prises, ainsi que des informations indiquant si et comment les ressortissants des autres États parties avaient accès aux services sociaux. Étant donné que dans le cadre du cycle d'examen précédent (Conclusions 2017), le rapport n'avait répondu que partiellement à cette question, se limitant au cas particulier des personnes âgées, des personnes handicapées et des enfants non accompagnés, le Comité avait réservé sa position sur ce point et estimé qu'en l'absence de telles informations, rien ne permettrait d'établir que la situation était conforme à la Charte. En réponse, le rapport fournit une description générale de l'organisation des services sociaux, notamment des services sociaux chargés des enfants et des femmes, indiquant que des services sociaux sont accessibles aux personnes qui en ont besoin. Le Comité ne dispose toujours pas des informations nécessaires qui lui permettraient d'évaluer la situation, en particulier, si un permis de séjour est demandé aux non-ressortissants et dans quelles conditions ceux-ci ont accès aux services sociaux. Entre-temps, le Comité considère qu'il n'est pas établi que

l'accès effectif et égal aux services sociaux est garanti aux ressortissants des autres États parties.

En réponse aux questions ciblées du Comité, le rapport indique que pendant la pandémie de covid-19, les services sociaux ont assuré leurs prestations dans le respect des mesures imposées et en utilisant les possibilités technologiques. Des dispositions ont été prises pour garantir la continuité des services pendant toute la période marquée par une intensification de la lutte contre la pandémie de coronavirus. En particulier, neuf directives d'information sur la covid-19 élaborées par le ministère de la Famille, du Travail et des Services sociaux ont été envoyées aux institutions prenant en charge des personnes handicapées et âgées, ainsi qu'à d'autres institutions de soins. Des courriers et des affiches d'information ont également été élaborés pour le grand public. Dans le cadre de la lutte contre la violence faite aux femmes pendant l'épidémie de covid-19, les activités de formation du personnel concerné, notamment des fonctionnaires, se poursuivent à distance. Selon le rapport, les cas de violence envers les femmes augmentent lors des périodes de crise telles que les pandémies et les femmes sont davantage exposées à différents types de violence en raison de la tension accrue au sein du foyer et de leur isolement social.

Le rapport ne contient pas d'informations sur les mesures spécifiques qui auraient été prises en prévision de futures crises de ce type.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 14§1 de la Charte aux motifs qu'il n'est pas établi que :

- le personnel des services sociaux soit en nombre suffisant ;
- l'accès effectif et égal aux services sociaux soit garanti aux ressortissants de tous les autres États parties.

Article 14 - Droit au bénéfice des services sociaux

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

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

Il rappelle que l'article 14§2 fait obligation aux États parties de soutenir les organisations bénévoles qui souhaitent créer des services sociaux. Les « individus et [l]es organisations bénévoles ou autres » visés au paragraphe 2 incluent le secteur associatif (organisations non gouvernementales et autres associations), les particuliers et les entreprises 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 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. Les États ont par conséquent été invités à fournir des informations sur la participation des usagers aux services sociaux (« coproduction ») 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 concrète des services. Par « coproduction », 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 ses conclusions précédentes (Conclusions 2013 et 2017), le Comité a jugé que la situation n'était pas conforme à la Charte, au motif qu'il n'était pas établi que les conditions dans lesquelles les prestataires non publics participaient à la fourniture de services sociaux étaient adéquates. Le Comité a constaté que les informations sur les types de services sociaux fournis par les associations bénévoles et les particuliers ainsi que sur le nombre de bénéficiaires de ces services demeuraient insuffisantes. Il a également demandé des informations sur les financements publics et/ou privés prévus pour encourager les associations bénévoles et les particuliers à participer à l'offre de services sociaux, ainsi que sur les résultats des contrôles effectués par les pouvoirs publics. Enfin, il a demandé si et comment les personnes qui ont recours aux services sociaux sont consultées sur les questions relatives à l'organisation et à la fourniture des services en question.

Selon le rapport, la coopération avec les organisations bénévoles contribue à améliorer le niveau de vie des personnes dans le besoin. De ce fait, des projets et des activités sont financés et mis en œuvre en coopération avec ces organisations dans des domaines concrets tels que le logement, la création d'entreprise, l'emploi, la recherche d'une profession, la formation et l'appui matériel. Le rapport indique également que la Turquie a mis en place une procédure standard pour la fourniture de l'assistance sociale, à partir des opérations existantes des programmes d'assistance sociale aux niveaux local et national. Des réglementations juridiques visant à soutenir et à renforcer la coopération entre l'État et les ONG dans le domaine de l'assistance sociale ont été adoptées. En vertu de l'article 19 de la loi n° 5263 relative à l'organisation et aux attributions de la Direction générale de l'assistance sociale et de la solidarité, des représentants d'ONG ont été élus au conseil d'administration des fondations d'assistance et de solidarité sociale. Le Département de la coopération avec les organisations bénévoles et des relations extérieures a été créé par la loi n° 5263. En outre, plusieurs organisations et universités réalisent des études sur les services sociaux et mènent des enquêtes de satisfaction auprès des usagers de ces services.

Le rapport fournit des statistiques sur les dépenses de protection sociale, y compris les prestations en espèces et les pensions, mais elles ne permettent pas de déterminer la part des prestations servies par des fournisseurs non publics et le nombre de bénéficiaires. Le

rapport ne fournit pas non plus d'informations complètes sur les financements prévus pour encourager la participation des associations bénévoles et des particuliers à l'offre de services sociaux. Compte tenu du manque d'informations essentielles et du fait que le Comité ne peut toujours pas établir que les conditions dans lesquelles les fournisseurs non publics de services participent à l'offre de services sociaux sont adéquates, il renouvelle son constat de non-conformité sur ce point.

Le Comité avait également demandé (Conclusions 2013 et 2017) si et comment les autorités veillaient à ce que les services gérés par le secteur privé soient efficaces et accessibles à tous sur un pied d'égalité, sans aucune discrimination fondée sur la race, l'origine ethnique, la religion, le handicap, l'âge, l'orientation sexuelle et les opinions politiques, ainsi que des informations sur les mesures financières prises pour promouvoir les activités des organisations bénévoles. Il avait conclu que, dans l'hypothèse où aucune information à cet égard ne figurerait dans le rapport suivant, rien ne permettrait d'établir que la situation était conforme à la Charte.

Le rapport indique que la Constitution garantit l'égalité de tous sans discrimination et que, dans le domaine des droits de l'homme, l'égalité de traitement sans discrimination est également inscrite dans plusieurs conventions internationales ratifiées par la Turquie. L'Institution des droits de l'homme et de l'égalité a été établie pour garantir le droit à l'égalité de traitement des personnes et prévenir la discrimination dans l'exercice des droits et libertés reconnus par la loi. Les services sociaux figurent parmi les domaines visés par l'interdiction de la discrimination énoncée à l'article 5/1 de la loi sur l'Institution des droits de l'homme et de l'égalité. Les inspections effectuées par les autorités visent également à garantir que tous les services gérés par le secteur privé sont efficaces et accessibles à tous sur un pied d'égalité, sans aucune discrimination. Le Comité demande comment ces principes de base sont mis en œuvre dans la pratique. Il demande également des informations sur l'impact et les résultats des inspections ainsi que sur les conséquences en cas de discrimination avérée. Il demande également comment les décisions prises dans le cadre du suivi sont exécutées et contrôlées. Enfin, le Comité réitère sa demande d'information sur les mesures financières prises pour encourager les activités des organisations bénévoles. Entre-temps, il considère qu'il n'a pas été établi que les services gérés par le secteur privé sont efficaces et accessibles à tous sur un pied d'égalité, sans discrimination.

Le rapport n'apporte aucune réponse à la question ciblée sur la participation des usagers aux services sociaux. Le Comité réitère sa question et demande que le prochain rapport contienne des informations complètes, en particulier sur la manière dont la participation des usagers est encouragée dans la loi et dans d'autres processus décisionnels, et si des mesures concrètes pour la soutenir, y compris financières, ont été adoptées ou prévues. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 14§2 de la Charte aux motifs qu'il n'est pas établi que :

- les conditions dans lesquelles les fournisseurs de prestations non publics participent à l'offre de services sociaux soient adéquates ;
- les services gérés par le secteur privé soient efficaces et accessibles à tous, sans discrimination.

Article 23 - Droit des personnes âgées à une protection sociale

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

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

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

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

Les précédentes conclusions dressaient un constat de non-conformité aux motifs que, durant la période de référence, aucun texte de loi n'interdisait la discrimination fondée sur l'âge, et qu'il n'était pas établi qu'il existe une procédure d'assistance à la prise de décision pour les personnes âgées (Conclusions 2017).

Autonomie, inclusion et citoyenneté active

Cadre législatif

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

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

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

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

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

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

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

Le Comité a précédemment noté que l'article 3 de la loi n° 6701 (2016) instituant un organisme de protection des droits de l'homme et de l'égalité interdit les discriminations fondées sur l'âge, mais constate que ladite loi est entrée en vigueur en dehors de la période de référence. Le Comité a dès lors considéré que la situation n'était pas conforme à la Charte pendant la période de référence (Conclusions 2017). Il a demandé que le prochain rapport contienne des informations sur cette nouvelle loi ainsi que sur sa mise en œuvre en pratique.

Le rapport indique que l'un des objectifs de la loi instituant un organisme de protection des droits de l'homme et de l'égalité est d'assurer l'égalité de traitement et de lutter contre les discriminations. Cet organisme est compétent pour examiner toute allégation de discrimination. Le rapport indique en outre que la loi n° 6701 interdit toute discrimination, notamment liée à l'âge. Le Comité note que la législation couvre un large éventail de services tels que l'éducation, la formation, le logement, la santé, mais il demande si elle couvre également l'accès aux biens. Il souhaite que le prochain rapport contienne des informations sur toute jurisprudence relative à la discrimination fondée sur l'âge.

S'agissant de l'assistance à la prise de décision des personnes âgées, le Comité a, dans ses précédentes conclusions (Conclusions 2009 et 2013), demandé si une telle procédure a été mise en place et, en particulier, si des garanties sont prévues pour éviter qu'elles ne soient privées arbitrairement de la possibilité de prendre des décisions de manière autonome. Le rapport ne fournissant aucune information à ce sujet, le Comité a considéré que, dans l'intervalle, il n'était pas établi qu'une telle procédure existe (Conclusions 2017).

Le rapport n'aborde pas directement cette question. Il indique que la pratique régulière consistant à soumettre les personnes âgées de plus de 65 ans à un examen médical visant à déterminer, préalablement à une décision ayant des implications juridiques, si elles sont capables de la prendre, a été jugée discriminatoire et dégradante par le Conseil supérieur de la santé.

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.

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).

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

Il prend note des informations contenues dans le rapport sur le travail de l'organisme de protection des droits de l'homme et de l'égalité pour promouvoir les droits des personnes âgées.

Prévention de la maltraitance des personnes âgées

Le Comité a précédemment noté qu'il était prévu de créer un service de soutien et de conseil spécialisé sur les enjeux de négligence, d'abus et de violence et d'adopter une nouvelle réglementation visant à prévenir la maltraitance des personnes âgées. Il a demandé que le prochain rapport fournisse des précisions sur le contenu du projet de loi et sur le service de conseil (Conclusions 2017).

Le rapport fournit des informations sur le mécanisme national de prévention de la torture et des mauvais traitements. Toutefois, le Comité ne voit pas clairement dans quelle mesure ce mécanisme participe spécifiquement à la lutte contre la maltraitance des personnes âgées.

D'après le rapport, la loi sur la protection des consommateurs interdit les publicités commerciales qui trompent les personnes âgées, mettent en danger la sécurité de leur vie et de leurs biens, encouragent les actes de violence ou la commission d'infractions, menacent la santé publique ou malmènent les personnes âgées.

Le rapport indique en outre que les problèmes de négligence et de maltraitance des personnes âgées dans les maisons de retraite ont été analysés. Des efforts déployés pour améliorer autant que possible les conditions de vie dans les établissements de soins pour personnes âgées contribueront à prévenir la négligence et la maltraitance. Des réunions de sensibilisation ont été organisées. Aucune nouvelle législation n'a à ce jour été élaborée.

Des centres spécialisés ont été créés pour fournir une assistance aux victimes de violence domestique ; ces centres sont notamment accessibles aux 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 (en dehors du contexte des soins en institution), comme les mesures de sensibilisation à la nécessité de mettre fin à la maltraitance et à la négligence des personnes âgées, ou toute mesure législative ou autre. Il demande également si des données ont été recueillies indiquant la prévalence de la maltraitance des personnes âgées.

Vie indépendante et soins de longue durée

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

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

Le Comité note, d'après les informations contenues dans le rapport, que l'accent est actuellement mis sur la fourniture de soins au domicile des intéressés et dans les centres de soins de jour, et sur la réduction de la nécessité d'une prise en charge en milieu institutionnel.

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

Services et structures

Le Comité a précédemment demandé si l'offre de services d'aide à domicile pour personnes âgées répondait à la demande, si l'importance de l'offre varie selon les municipalités et si certains de ces services sont payants. Il a précisé que, dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettrait d'établir que la situation soit conforme à la Charte à cet égard (Conclusions 2017).

Le Comité a également demandé des informations complémentaires sur le Programme de soutien aux personnes âgées intitulé « YADES ». Il a aussi demandé si les centres de prise en charge temporaire, ainsi que les services publics de soins de jour sont accessibles aux familles de personnes âgées (Conclusions 2017).

Le rapport indique que les services destinés aux personnes âgées sont fournis par des organismes publics et privés et par la société civile. Les services fournis par l'État comprennent les soins à domicile, les soins en institution, les services de soins ou d'accueil temporaires (prise en charge ponctuelle jusqu'à 45 jours par an) et les services de soins de jour.

D'après le rapport, le développement des services de soins à domicile et de soins de jour est une priorité. Les personnes âgées bénéficient d'une allocation pour soins à domicile. Le nombre de structures de soins de jour est en augmentation. Un département spécial, le « Département des soins à domicile et des services de jour », a été créé au sein de la Direction générale des services aux personnes handicapées et aux personnes âgées.

Dans le cadre du programme YADES, un soutien a été apporté aux services de soins à domicile et de soins de jour pour les personnes âgées dans 13 communes métropolitaines comptant 64 400 personnes âgées.

Les services de soins à domicile proposés par les municipalités sont fournis gratuitement.

Le rapport indique que l'offre et le type de services peuvent différer d'une municipalité à l'autre, mais que la Direction générale des services aux personnes handicapées et aux personnes âgées s'efforce de garantir un modèle intégré de services de soins et de veiller à ce qu'ils répondent tous à des normes identiques.

L'allocation pour soins à domicile est accessible, sous conditions, aux personnes âgées qui ont besoin d'aide pour pouvoir vivre chez elles. Elle est versée aux personnes qui apportent cette aide, comme les membres de la famille. Elle est soumise à une condition de ressources.

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 s'il y a des listes d'attente pour accéder à ces services.

Le Comité prend note des indications contenues dans le rapport concernant les informations dispensées aux personnes âgées au sujet des services et structures existants, via notamment des centres d'appel et des pages web.

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 des services numériques à ces personnes et veiller à ce que les services non numériques soient maintenus.

Logement

Le Comité a précédemment noté qu'un nouveau type de logement spécialisé est proposé aux personnes âgées : les maisons pour personnes âgées. L'objectif de ces logements est de leur permettre de demeurer chez elles tout en bénéficiant de soins et d'un niveau de vie plus élevé. Les maisons pour personnes âgées peuvent être rattachées à une maison de retraite existante et, dans ce cas, les besoins et dépenses des personnes âgées sont couverts par les établissements auxquels elles sont rattachées, ou se présenter comme des logements indépendants. Le Comité a demandé que le prochain rapport indique combien de personnes âgées bénéficient de ce type de logement pour quelle capacité, et quel est le coût de ces logements lorsqu'ils sont à la charge des personnes âgées (Conclusions 2017).

Le rapport confirme que le programme « Personnes âgées vivant chez elles », qui met en place des logements individuels rattachés à des maisons de retraite, continue d'être développé. Néanmoins, le rapport ne fournit de détails que sur le projet de logements sociaux, dans le cadre duquel 25 % des logements construits sont réservés aux personnes âgées. En outre, les personnes âgées ayant de faibles revenus peuvent bénéficier du droit d'acquies un logement dans le cadre du projet de logements à prix modéré développé par l'Association turque des retraités et l'Office turc du logement. Aucune information n'est fournie sur le coût de ces logements. Le Comité réitère sa demande d'informations à ce sujet.

D'après le rapport, 18,2 % des personnes âgées vivent seules, 7,7 % en maison de retraite et 51,3 % avec un de leurs enfants.

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

Soins de santé

Le Comité a précédemment noté qu'un protocole sur la mise en œuvre des services de soins de santé et de soutien à domicile au niveau provincial a été signé en mars 2015, puis transmis aux municipalités pour application. Le Comité a demandé que le prochain rapport précise quels sont les principes et mesures imposés aux collectivités locales par ce protocole et comment leur contrôle est assuré (Conclusions 2017).

Le rapport indique que de nombreux services de santé, comme les services de soins à domicile pour les patients souffrant de certaines maladies, sont fournis gratuitement.

Le rapport fournit également des informations sur le plan d'action pour vieillir en bonne santé. Dans le cadre de ce plan, des documents de sensibilisation sur la démence, la dépression chez les personnes âgées, la nutrition et la vaccination ont été élaborés. 150 médecins généralistes ont reçu une formation sur les soins gériatriques. Un logiciel de gestion des maladies est en cours de développement pour assurer le diagnostic précoce des maladies chroniques chez les personnes âgées.

D'après le rapport, le protocole sur la mise en œuvre des services de soins de santé et de soutien à domicile au niveau provincial vise à assurer l'intégration (la coordination) des services de soins de santé et de soutien à domicile dans l'ensemble des provinces. Un centre d'appel national a été mis en place pour recevoir les plaintes concernant ce système.

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

L 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 concernant l'inspection des établissements et les procédures de plainte (Conclusions 2017).

D'après le rapport, toutes les maisons de retraite publiques et privées sont placées sous le contrôle du ministère du Travail, de la Famille et des Services sociaux. Les établissements sont contrôlés par des inspecteurs travaillant au sein du ministère. Le Comité demande comment est garantie l'indépendance des inspecteurs. Les plaintes concernant les soins peuvent être déposées auprès des commissions de surveillance établies dans les provinces.

Le rapport indique que les maisons de retraite et les centres de soins et de réadaptation pour personnes âgées rattachés au ministère de la Famille, du Travail et des Services

sociaux peuvent facturer des frais, mais que les personnes dont les ressources sont insuffisantes peuvent bénéficier gratuitement de ces services.

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

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

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

Ressources suffisantes

Pour apprécier le caractère suffisant des ressources des personnes âgées en vertu de l'article 23, le Comité prend en compte l'ensemble des mesures de protection sociale garanties aux personnes âgées et visant à maintenir leurs ressources à un niveau suffisant pour leur permettre de vivre décemment et de participer activement à la vie publique, sociale et culturelle. En particulier, le Comité examine les pensions à caractère contributif ou non contributif et les autres prestations complémentaires en espèces servies aux personnes âgées. Il compare ensuite ces ressources au revenu équivalent médian. 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 demandé des informations concernant les pensions versées aux personnes âgées au titre des lois n° 1479 et 2926. Il a également demandé des informations sur les critères d'éligibilité à la pension minimale, la part des personnes âgées qui reçoivent cette prestation ainsi qu'un exposé complet de toutes les prestations d'assistance auxquelles ont accès les personnes âgées qui ne perçoivent aucune pension, en indiquant notamment leurs conditions d'octroi (Conclusions 2017).

Le rapport fournit des informations sur les pensions minimales des fonctionnaires et autres travailleurs. Le Comité estime que ces informations ne sont pas claires. Il note, d'après les tableaux fournis, que la pension la plus basse versée entre juillet et décembre 2019 s'élevait à 1.343,90 TRY (environ €121 euros) et la pension minimale la plus élevée était de 2.425,50 TRY (environ €218).

D'après MISSCEO, le montant de la pension minimale pour les fonctionnaires varie en fonction de la durée de service et du poste, mais il ne se situait pas en deçà de 2.546,00 TRY (€171,40 en janvier 2019). Pour les travailleurs, le montant minimum de la pension calculée sur la base de l'ancien système ne peut être inférieur à 35 % du salaire mensuel moyen (40 % si l'assuré a un conjoint ou des enfants), soit 2.054,70 TRY (€138,33 euros) en janvier 2019.

Le Comité note que, selon les données Eurostat, en 2019, 50 % du revenu équivalent médian correspondait à €126 euros et 40 % du revenu équivalent médian à €110. Le Comité constate que le montant de la pension minimale indiqué dans le rapport oscille entre 40 % et 50 % du revenu équivalent médian et demande donc si des prestations supplémentaires sont prévues pour les titulaires de cette pension.

En 2019, 46,80 % des personnes âgées percevaient une pension. Le Comité note que ce taux semble faible et demande des informations supplémentaires expliquant cette situation.

Le Comité comprend que les personnes qui ne perçoivent pas de pension de l'organisme de sécurité sociale ont droit, sous réserve de certains critères, tels qu'un revenu inférieur à un tiers du salaire minimum net, à une pension (aide) en vertu de la loi n° 222 versée par le ministère de la Famille, du Travail et des Services sociaux. Son montant mensuel était de 500 TRY (€43,55 euros) en juin 2018 (avant juin 2018, il était de 265 TRY (€17,84). Il a été porté à 711,50 TRY (€47,90 euros) en 2020 (hors période de référence). Le Comité constate que ces montants sont très bas. Il note que certains bénéficiaires peuvent avoir droit à des aides supplémentaires telles qu'une aide en espèces pour les veuves, une allocation pour soins à domicile, ou encore des prestations en nature comme de la nourriture, du carburant et des soins de santé. Néanmoins, le Comité considère que l'aide de base est trop faible puisqu'elle est largement inférieure à 40 % du revenu équivalent médian. La situation n'est pas conforme à la Charte au motif que le niveau de l'aide de base accordée aux personnes âgées n'ayant pas droit à une pension est manifestement insuffisant.

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.

Le rapport fournit des détails sur les mesures prises par la Direction générale des services aux personnes handicapées et aux personnes âgées et par le ministère de la Famille, du Travail et des Services sociaux pour protéger et aider les personnes âgées pendant la pandémie de covid-19. L'ensemble du personnel travaillant dans les établissements accueillant des personnes âgées a été astreint au respect de protocoles précis en matière de désinfection, d'EPI et de tests. Des efforts ont été déployés pour assurer la continuité des soins. Les visites dans les établissements ont été limitées et parfois suspendues.

Les personnes âgées résidant en institution ont été autorisées à rentrer chez elles pendant la pandémie, mais ont conservé leur place dans l'établissement sans avoir à payer de frais. Elles pouvaient également quitter l'établissement et séjourner dans leur famille pendant de courtes périodes à condition de présenter un test négatif à leur retour et de respecter une période d'isolement.

D'après le rapport, des centres d'isolement social ont été mis en place pour permettre aux personnes âgées de s'isoler après avoir quitté l'hôpital, avant de retourner en établissement.

Le rapport indique également que des moyens technologiques ont été utilisés pour permettre aux personnes âgées résidant en institution de communiquer avec leurs proches. L'offre d'activités sociales et culturelles au sein des établissements a été étoffée, de même que les services de soutien psychosocial.

Parmi les autres mesures citées dans le rapport figurent l'élaboration de guides d'information sur la covid-19, l'ouverture de centres d'aide sociale et la mise en place de services sociaux pour les personnes âgées vivant seules.

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

besoins spéciaux des personnes âgées et s'appuyer fermement sur les éléments de preuve recueillis et les expériences vécues pendant la pandémie.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 23 de la Charte au motif que le niveau de l'aide de base accordée aux personnes âgées n'ayant pas droit à une pension est manifestement insuffisant.

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

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

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

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

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la situation de la Turquie n'était pas conforme à l'article 30 de la Charte, au motif qu'aucune approche globale et coordonnée adaptée n'était en place pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale (Conclusions 2017).

Mesurer de la pauvreté et de l'exclusion sociale

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

Le Comité constate que le rapport national ne fournit aucune donnée sur les indicateurs de pauvreté. Partant, il se référera aux données Eurostat.

Le Comité relève que le taux de risque de pauvreté a légèrement reculé durant la période de référence, passant de 22,8 % en 2016 à 22,4 % en 2019 (selon le rapport, ce taux était de 21,2 % en 2016 et de 21,3 % en 2019). Il observe également un très léger écart entre les taux de risque de pauvreté (après transferts sociaux) des hommes et des femmes, écart qui était de 0,8 % en 2016, 1,2 % en 2017, 1,2 % en 2018 et 0,9 % en 2019.

Le Comité note également que les chômeurs (âgés de 16 à 64 ans) forment un groupe particulièrement vulnérable : 38,4 % d'entre eux en 2016 et 38,3 % en 2019 étaient exposés au risque de pauvreté durant la période de référence, ce pourcentage étant beaucoup plus faible pour les personnes occupant un emploi (13,6 % en 2016 et 13,4 % en 2019).

Le taux de risque de pauvreté des personnes âgées de plus de 65 ans a quelque peu baissé et a été ramené de 16,7 % en 2016 à 14,9 % en 2019. S'agissant des enfants âgés de moins de 16 ans, le taux de risque de pauvreté a légèrement augmenté durant la période de référence, passant de 33,5 % en 2016 à 33,8 % 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 constate que 45,1 % de la population turque était menacée de pauvreté et d'exclusion sociale en 2016 et 39,8 % en 2019.

En ce qui concerne les enfants (moins de 16 ans), le risque de pauvreté ou d'exclusion sociale a légèrement reculé pendant la période de référence : il s'est établi à 47,7 % en 2019, contre 51,4 % en 2016 (selon le rapport, le taux de pauvreté des enfants était de 31,4 % en 2016 et de 32,4 % en 2019).

Parmi les autres données chiffrées que contient le rapport, on retiendra que, selon les résultats de 2019, le coefficient de Gini était estimé à 0,395, soit une baisse de 0,013 points comparativement à 2018. En 2019, le revenu moyen annuel disponible des ménages a augmenté de 16,5 % par rapport à 2018 et le revenu moyen annuel équivalent disponible de 17,9 %.

Le rapport ajoute qu'en 2019, le taux de risque persistant de pauvreté était de 12,7 %, un pourcentage identique à celui enregistré l'année précédente, mais qu'il a baissé par rapport à 2016, où il s'établissait à 14,6 %.

Le Comité constate que le taux de risque de pauvreté est en léger recul mais demeure élevé et que, pour certains groupes (enfants, chômeurs), la situation demeure particulièrement grave. Il note également que le risque de pauvreté et d'exclusion sociale (ARPE) reste très important.

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a jugé la situation de la Turquie non conforme à l'article 30 de la Charte, au motif qu'aucune approche globale et coordonnée adaptée n'était en place pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Il a demandé des informations ayant spécifiquement trait au cadre stratégique, ainsi que des informations sur l'existence de mécanismes de coordination des diverses mesures, y compris pour la fourniture de l'assistance (en précisant concrètement comment la coordination est assurée pour celles et ceux qui bénéficient d'une assistance et de services). De plus, il a demandé des données détaillées démontrant que les ressources budgétaires allouées pour combattre la pauvreté et l'exclusion sociale étaient suffisantes, compte tenu de l'ampleur du problème (Conclusions 2017).

Le rapport énumère les principaux documents relatifs à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, à savoir le 11^e plan de développement, le programme annuel de la Présidence, le nouveau programme économique et le plan d'action du ministère de la Famille, du Travail et des Services sociaux. Tous prévoient de déployer de manière plus efficace les programmes visant à accroître l'emploi des catégories défavorisées de la population. Ils précisent en outre que le système d'information sur l'assistance sociale reste intégré à d'autres systèmes d'information, notamment celui qui concerne les familles. Le rapport précise que, dans le cadre d'une campagne de relance de la consommation engagée en mars 2019, les familles en situation de besoin peuvent obtenir une aide pour le paiement de leurs factures d'électricité. Il ajoute que 74 730 personnes ont eu accès, entre janvier et septembre 2019, à des services institutionnels chargés de faciliter les contacts avec le monde du travail. Il explique également qu'en 2018, 53 017 personnes handicapées étaient employées dans la fonction publique et que, depuis septembre 2019, le pays compte 99 centres de soins et de réadaptation pour personnes handicapées. Le rapport explique qu'en raison du nombre toujours plus important de personnes âgées, le ministère de la Famille, du Travail et des Services sociaux a ouvert des maisons de retraite supplémentaires portant ainsi leur nombre à 152 en septembre 2019. Le Comité demande que le prochain rapport rende compte des résultats des mesures prises dans le cadre du plan de développement, du programme annuel de la Présidence, du nouveau programme économique et du plan d'action.

Le rapport décrit également les politiques et mesures envisagées en matière de services sociaux, telles que la mise en place de programmes axés sur l'emploi et le travail productif des personnes en situation de pauvreté, sur le renforcement du lien entre assistance sociale et services sociaux, sur une plus grande efficacité des dispositifs d'aide sociale, ainsi que sur une diversification et un élargissement des modèles de services sociaux. Le Comité prend note de ces informations et demande que le prochain rapport contienne des résultats de ces politiques et mesures.

Le rapport indique qu'en 2019, les fonds alloués par l'État à la protection sociale ont atteint un montant de 55 milliards de liras turques (environ 3 723 millions d'euros), chiffre en hausse par rapport à 2018 – ils s'élevaient alors à 43 milliards de liras turques (environ 2 911 millions d'euros). Il ajoute que l'aide sociale représentait 5,18 % du budget en 2018 et 5,5 % en 2019. Le rapport détaille les dépenses supportées par les établissements publics d'aide sociale entre 2016 et 2018, qui représentaient 1,07 % du PIB en 2016 et 1,03 % en 2017 et 2018. Le Comité note que la part de l'aide sociale dans le PIB a baissé.

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 selon laquelle il n'est pas établi que le montant des allocations versées aux apprentis soit approprié (Conclusions 2019) ;
- l'article 10§4 et à sa conclusion selon laquelle il n'est pas établi que des mesures spéciales de reconversion et de réinsertion des chômeurs de longue durée, aient été effectivement prévues ou encouragées (Conclusions 2020) ;
- l'article 13§1 et à sa conclusion selon laquelle le montant de l'aide sociale versée à une personne seule sans ressources est insuffisant (Conclusions 2021) ;
- l'article 14§1 et à sa conclusion indiquant qu'il n'est pas établi que l'accès effectif et égal aux services sociaux soit garanti aux ressortissants de tous les autres États parties (Conclusions 2021) ;
- l'article 16 et à sa conclusion indiquant qu'il n'existe pas de régime général de prestations familiales et qu'il n'est pas établi que les familles vulnérables bénéficient d'une protection économique suffisante (Conclusions 2019) ;
- l'article 23 et à sa conclusion indiquant que le niveau de l'aide de base accordée aux personnes âgées n'ayant pas droit à une pension est manifestement insuffisant (Conclusions 2021) ;
- l'article 31§1 et à sa conclusion indiquant que l'existence de règles qui feraient obligation aux propriétaires de veiller à ce que les logements mis en location soient d'un niveau suffisant n'est pas établie et que les mesures prises pour améliorer les conditions de logement insalubres des Roms et des personnes déplacées sont insuffisantes (Conclusions 2019),
- l'article 31§2 et à sa conclusion indiquant que les mesures destinées à réduire et prévenir l'état de sans-abri sont insuffisantes, et qu'il n'est pas établi que le droit à un abri soit garanti (Conclusions 2019).

Compte tenu de ce qui précède et des appréciations formulées au titre des autres dispositions de la Charte, le Comité considère que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 30, au motif qu'il n'existe pas d'approche globale et coordonnée adéquate en place pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Contrôle et évaluation

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé d'expliquer si, et de quelle manière, les fondations d'aide sociale et de solidarité pouvaient contribuer au suivi et à l'évaluation de la situation au sens de l'article 30. Il a également demandé des informations concernant le suivi et l'évaluation des efforts de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, globalement et en lien avec les domaines autres que l'aide sociale. De plus, il a demandé à être informé

de toute évaluation des efforts qui aurait été réalisée et de toute mesure prise pour y donner suite (Conclusions 2017).

En réponse, le rapport indique que des fondations d'aide sociale et de solidarité ont été créées dans l'ensemble des provinces et districts. Elles ont été implantées au plus près de la population de façon à pouvoir identifier rapidement les personnes nécessitant une aide et à mieux comprendre leurs besoins. Il s'agit d'entités juridiques de droit privé, au sein desquelles les décisions sont prises par un conseil d'administration. Afin d'améliorer et d'encourager la participation de la communauté locale au processus décisionnel, le conseil d'administration, qui est présidé par le gouverneur de la province et de ses districts, comprend également des maires élus, des chefs de village et de district, des représentants d'ONG et des bénévoles.

Le rapport précise que les politiques d'aide sociale sont mises en œuvre et suivies au niveau national par le ministère de la Famille, du Travail et des Services sociaux, à l'aide d'un système intégré d'aide sociale et, au niveau local, par les fondations d'aide sociale et de solidarité.

Le Comité demande que le prochain rapport indique comment la société civile et les personnes directement touchées par la pauvreté et l'exclusion sociale (notamment les personnes âgées, handicapées et au chômage) sont associées à l'évaluation de ces politiques.

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

Le rapport explique que l'assurance maladie universelle couvre la quasi-totalité de la population (99,2 % en août 2020) mais que, pour faire face à la pandémie de covid-19, une approche concertée, baptisée « bouclier de protection sociale », a été adoptée pour ne laisser personne de côté. Les allocations de chômage, ainsi que les indemnités de chômage partiel figurent parmi les principales mesures prises pour éviter des pertes d'emploi et atténuer les effets délétères de la pandémie sur le marché du travail. En mars 2021, plus de 27,5 milliards de liras turques (environ 1,861 milliard d'euros) ont été versés à près de 3,8 millions de personnes sous la forme d'indemnités de chômage partiel. Depuis le début de la pandémie, elles sont environ un million de personnes à avoir perçu des allocations de chômage, pour un montant total de 5,1 milliards de liras turques (environ 345 millions d'euros). En outre, des dispositifs prévoyant le versement d'une aide quotidienne en espèces et d'une contribution au titre de la régularisation des cotisations des entreprises qui reprennent leurs activités ont également été mises en place. L'aide quotidienne en espèces est versée à celles et ceux qui ne peuvent prétendre au chômage partiel et ont dû prendre un congé non rémunéré, ainsi qu'à celles et ceux qui n'ont pas droit aux allocations de chômage. Elle s'élève à 47,7 liras turques (environ 3,23 €) par jour. En mars 2021, près de 2,5 millions de personnes en avaient bénéficié.

Le rapport précise aussi qu'un dispositif d'aide sociale visant à protéger les groupes les plus vulnérables de la population contre les effets délétères de la pandémie a été déployé en trois temps. Ce sont tout d'abord les personnes âgées et handicapées en situation de besoin et percevant déjà une aide sociale qui ont reçu une somme de 1 000 liras turques (environ 67,7 €) par foyer. Ensuite, les personnes jugées vulnérables mais n'entrant pas dans la première catégorie de bénéficiaires ont eu droit à la même somme. Enfin, l'aide a été versée à celles et ceux qui en avaient fait la demande en ligne mais n'entraient pas dans les deux premières catégories. Par ailleurs, les fonds provenant de dons de citoyens turcs ont été distribués à des milliers de foyers dans le besoin. En mars 2021, quelque 6,5 millions de personnes ou ménages avaient bénéficié de l'un ou l'autre volet du dispositif d'aide sociale.

Le rapport donne également des informations sur plusieurs autres dispositifs d'assistance, notamment des initiatives bénévoles qui ont permis d'aider les personnes âgées qui se sont trouvées totalement isolées pendant le confinement ou d'héberger des sans-abri dans des structures appartenant à l'État.

Le montant des prestations octroyées aux plus vulnérables a par ailleurs été revalorisé : les prestations versées aux veuves (non éligibles à une pension de survivant) ont été relevées de 18 % ; l'aide financière versée aux familles et enfants nécessiteux de personnes effectuant leur service militaire obligatoire a été majorée de 45 et 50 % respectivement ; les prestations soumises à conditions versées au titre de l'assistance médicale, de la grossesse et des soins post-natals ont progressé de 30 % ; les allocations de maternité ont augmenté de 33 % ; les prestations soumises à conditions versées au titre de l'éducation des enfants en situation de besoin ont été majorées de 25 % ; les prestations pour orphelins ont fait l'objet d'une hausse de 50 % et le montant minimal de la pension est passé de 1 000 à 1 500 liras turques par mois (soit de 67,7 € à environ 101,55 €).

Le rapport indique en outre que les familles qui n'étaient pas en mesure de subvenir à leurs besoins par elles-mêmes ont bénéficié d'une aide au titre de la législation relative aux mesures d'incitation en faveur de l'aide sociale et de la solidarité. Enfin, le remboursement des prêts contractés par les étudiants a été différé de trois mois.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Turquie n'est pas conforme à l'article 30 de la Charte au motif qu'il n'existe pas d'approche globale et coordonnée adéquate en place pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale.