



mars 2022

CHARTE SOCIALE EUROPEENNE

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions XXII-2 (2021)

CROATIE

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 Croatie, qui a ratifié la Charte sociale européenne de 1961 le 26 février 2003. L'échéance pour remettre le 12^e rapport était fixée au 31 décembre 2020 et la Croatie l'a présenté le 9 avril 2021.

Le Comité rappelle qu'il a été demandé à la Croatie 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 XX-2 (2013)).

En outre, le Comité rappelle qu' aucune question ciblée n'a été posée au titre de certaines dispositions. Si la conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)) a conclu à la conformité de la situation, il n'y a pas eu d'examen de la situation en 2020.

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

- droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail (article 3) ;
- droit à la protection de la santé (article 11) ;
- droit à la sécurité sociale (article 12) ;
- droit à l'assistance sociale et médicale (article 13) ;
- droit au bénéfice des services sociaux (article 14) ;
- droit des personnes âgées à une protection sociale (article 4 du Protocole additionnel).

La Croatie a accepté toutes les dispositions de ce groupe, sauf les articles 3, 12 et l'article 4 du Protocole additionnel.

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

Les Conclusions relatives à la Croatie concernent sept situations et sont les suivantes :

- une conclusion de conformité : article 11§2 ;
- trois conclusions de non-conformité : articles 13§1, 13§4 et 14§1.

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

Le Comité considère que l'absence des informations demandées est incompatible avec l'obligation de la Croatie de présenter des rapports en vertu de la Charte de 1961.

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

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

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

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 Croatie.

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a conclu que la situation de la Croatie était conforme à l'article 11§1 de la Charte de 1961, dans l'attente des informations demandées (Conclusions XX-2 (2013)). Par conséquent, l'appréciation du Comité ne portera que sur les informations fournies par le gouvernement en réponse aux questions ciblées.

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

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

En réponse à la question ciblée du Comité concernant les données statistiques sur l'espérance de vie dans tout le pays et entre les différents groupes de population, le rapport indique qu'en 2019 l'espérance de vie à la naissance était de 78,5 ans en moyenne, i.e., de 81,6 ans pour les femmes et de 75,4 ans pour les hommes. À titre d'exemple, la moyenne dans l'Union européenne à 27 était de 81,3 ans en 2019.

Le rapport ne fournit pas d'informations sur l'espérance de vie entre les différents groupes de population. Le Comité note, d'après le rapport « Croatie : Profils de santé par pays 2019 » (OCDE, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et Commission européenne), que les inégalités sociales en matière d'espérance de vie semblent moins prononcées en Croatie que dans beaucoup d'autres pays de l'Union européenne. Cela étant, les hommes ayant un faible niveau d'éducation vivent en moyenne 5,2 ans de moins que ceux qui ont achevé un cycle d'enseignement supérieur. En ce qui concerne les femmes, cet écart (1,6 an) est très inférieur à la moyenne de l'Union européenne (4,1 ans).

Le rapport fournit en outre des données statistiques concernant certaines maladies telles que les maladies infectieuses transmissibles par voie sanguine, l'hépatite C et le cancer. Par exemple, le rapport indique que si le nombre de personnes cancéreuses a augmenté, les données relatives à la mortalité due au cancer montrent une tendance à la baisse au cours de la période de référence.

Accès aux soins de santé

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

Le rapport fournit des informations sur les centres de conseil sur la santé des jeunes. Ces centres, qui relèvent de la médecine scolaire, offrent aux élèves et aux étudiants une assistance dans différents domaines : santé reproductive, santé mentale, problèmes

d'apprentissage, conduites à risque, etc. Le rapport fournit des données statistiques sur le nombre d'élèves et d'étudiants qui s'adressent à ces centres pour y obtenir des conseils sur la santé reproductive.

Le rapport indique qu'à partir de 12 ans, les filles et les femmes peuvent consulter un gynécologue-obstétricien au niveau des soins primaires, conformément à la liste des procédures diagnostiques et thérapeutiques figurant dans la décision relative aux motifs justifiant la conclusion d'un contrat sur la prestation de soins de santé relevant de l'assurance maladie obligatoire.

Le rapport ne fournit pas d'informations sur les services de soins de santé sexuelle et reproductive pour les femmes et les filles, notamment l'accès aux services d'avortement. Le Comité renouvelle sa demande. Il rappelle 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 Comité note que, selon d'autres sources, l'avortement est légal en Croatie pendant les 10 premières semaines de grossesse, et au-delà sous certaines conditions bien définies. Cela étant, les femmes qui souhaitent avorter légalement rencontrent toujours des difficultés et des obstacles, parmi lesquels le refus de pratiquer l'avortement, ce qui est très courant, les obstacles financiers, le manque d'informations factuelles facilement accessibles sur l'avortement, la condamnation de l'avortement par la société, et le fait que, face à des femmes qui souhaitent interrompre leur grossesse, certains professionnels de la médecine ont recours à des services biaisés, notamment des échographies destinées à les dissuader de se faire avorter (soumission conjointe du Centre pour les droits reproductifs, du Center for Education, Counselling and Research (CESI) et de l'organisation Parents in Action (RODA) au Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, septembre 2019). D'après une étude réalisée en 2018 par le médiateur pour l'égalité entre les hommes et les femmes, environ 60 % des gynécologues croates ne proposaient pas de services d'avortement légal, car cela leur posait un problème de conscience (médiateur pour l'égalité entre les hommes et les femmes, Rapport de 2018).

Le Comité rappelle qu'il a considéré qu'en matière d'avortement, une fois que les États parties ont adopté une législation autorisant l'avortement dans certaines situations, ils sont tenus d'organiser leur système de santé de manière à garantir que l'exercice effectif de la liberté de conscience des professionnels de santé dans le contexte de leurs fonctions n'empêche pas les patients d'accéder aux services auxquels ils ont droit en vertu de la législation applicable (*Fédération internationale pour le Planning familial – Réseau européen (IPPF EN) c. Italie*, réclamation n° 87/2012, décision sur le bien-fondé du 10 septembre 2013, paragraphe 69, et *Confederazione Generale Italiana de Lavoro (CGIL) c. Italie*, réclamation n° 91/2013, décision sur le bien-fondé du 12 octobre 2015, paragraphes 166 et 167).

Le Comité demande à être informé des mesures et actions prises pour garantir que l'exercice de la liberté de conscience des professionnels de santé de Croatie n'empêche pas les patients d'accéder aux services auxquels ils ont droit en vertu de la législation applicable et de bénéficier, en toute confidentialité, de conseils impartiaux et médicalement exacts.

Le Comité demande en outre des informations sur le coût d'un avortement et s'il est en partie ou intégralement remboursé par l'État. Il demande également s'il existe des services d'avortement dans les structures médicales réparties dans l'ensemble du pays, notamment dans les zones rurales.

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

Le rapport fournit des données statistiques sur la maternité précoce. Il indique qu'en 2016, 2,89 % des mères avaient moins de 20 ans, et qu'en 2018 ce pourcentage était de 2,42 %. Sur l'ensemble des avortements légaux pratiqués en 2016, 7,14 % concernaient des filles de moins de 20 ans, tandis qu'en 2018, ce pourcentage s'élevait à 6,41 %.

Le rapport indique que la mortalité infantile (nombre de morts infantiles pour 1000 naissances vivantes) a baissé, puisqu'elle est passée de 4,3 en 2016 à 4,2 en 2018 puis 4 en 2019 (la moyenne dans l'Union européenne à 27 était de 3,4 en 2019).

Le rapport indique en outre que le taux de mortalité maternelle était de 2,7 pour 100 000 naissances vivantes en 2016, tandis qu'aucune mort maternelle n'a été enregistrée les deux années suivantes (2017 et 2018). Le Comité relève dans les données de la Banque mondiale que le taux de mortalité maternelle (nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) était de 8 en 2015, 7 en 2016 et 8 en 2017 (tandis que la moyenne de l'Union européenne se situait à 6 en 2017). Le Comité demande des informations à jour sur les taux de mortalité maternelle ainsi que des informations sur les éventuelles mesures prises pour limiter la mortalité maternelle.

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

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

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

Le Comité a demandé, sous forme de question ciblée, des informations sur les mesures permettant de garantir un consentement éclairé aux interventions médicales ou aux traitements médicaux (au regard de l'article 11§2). Le rapport indique que la loi sur les soins de santé régit les droits des patients en matière de soins de santé, ainsi que la protection et la promotion de ces droits. Il note que le consentement éclairé découle du droit de participer à la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord, qui comprend le droit d'être informé (article 8 de la loi sur la protection des droits des patients) et le droit d'accepter ou de refuser des procédures médicales (article 16 de la loi sur la protection des droits des patients et article 26 de la loi sur les soins de santé).

Conformément à l'article 8 de la loi sur la protection des droits des patients, le patient a le droit d'être pleinement informé sur son état de santé, y compris l'évaluation médicale des résultats d'une procédure diagnostique ou thérapeutique spécifique, des examens et procédures recommandés et de la date de leur réalisation, des bénéfices et des risques éventuels induits par la réalisation ou la non-réalisation des examens et procédures recommandés, de son droit d'accepter ou de refuser les examens ou procédures recommandés, des solutions autres que les procédures recommandées, du déroulement des procédures de soins et des étapes suivantes, du mode de vie recommandé, de ses droits à l'assurance maladie et des procédures à suivre pour exercer ces droits. En vertu de la même loi, les patients ont aussi le droit de recevoir des informations sous une forme qu'ils peuvent comprendre, adaptée à leur âge, à leur éducation et à leurs capacités mentales. Les questions relatives à la relation entre les enfants et leurs parents ou entre les enfants placés sous le régime de la tutelle et leurs tuteurs sont régies par la loi sur la famille (article 88 sur le consentement éclairé de l'enfant aux procédures médicales).

Covid-19

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

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

En ce qui concerne le traitement des malades, le rapport indique que des ressources financières supplémentaires ont été allouées aux « cliniques covid-19 » gérées par des centres de santé, et que quatre centres respiratoires régionaux ont été sous-traités et installés dans des hôpitaux.

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

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

Conclusion

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

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 Croatie.

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la situation de la Croatie était conforme à l'article 11§2 de la Charte, dans l'attente des informations demandées (Conclusions XX-2 (2013)).

Éducation et sensibilisation de la population

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

Le Comité rappelle qu'il a noté dans sa précédente conclusion que, depuis 1999, il est de la responsabilité du Département pour la promotion de la santé de l'Institut national de santé publique croate de mettre en œuvre des programmes de promotion de la santé (Conclusions XX-2 (2013)). Le rapport indique que le programme national « Une bonne hygiène de vie » a été mis en place sous la supervision du ministère de la Santé et de l'Institut national de santé publique. Ce programme repose sur cinq axes principaux : (1) éducation à la santé, (2) santé et activité physique, (3) santé et nutrition, (4) santé et lieu de travail, et (5) santé et environnement. Les mesures et activités déployées dans ce cadre sont axées sur l'amélioration de la santé physique, mentale et sexuelle de l'ensemble de la population. Le Comité prend note des activités entreprises au cours de la période de référence pour informer, éduquer et sensibiliser les citoyens de tous âges aux bienfaits d'une bonne hygiène de vie (alimentation saine, activité physique, promotion de la santé sexuelle, reproductive et mentale, prévention de l'obésité, lutte contre le surpoids et la morbidité due aux maladies chroniques non transmissibles, etc.). Le rapport indique que des organes intersectoriels, des autorités gouvernementales et d'autres institutions sont également impliqués dans la mise en œuvre du programme.

Le Comité prend note des efforts déployés au cours de la période de référence pour améliorer la qualité des programmes de prévention de la toxicomanie. Le rapport donne un aperçu de toutes les activités de prévention menées par des organisations de la société civile et des établissements d'enseignement et de soins de santé dans le pays.

Le rapport indique que, pendant la période de référence, l'éducation à la santé a été mise en œuvre dans les établissements d'enseignement afin de promouvoir la santé, des modes de vie sains et la prévention ainsi que l'adoption d'une bonne hygiène de vie, grâce à un travail interdisciplinaire et à des contenus éducatifs intégrés dans les programmes des cours obligatoires et facultatifs, ainsi que dans les programmes et projets de prévention scolaire. En particulier, les enfants et les jeunes de tous les groupes d'âge ont suivi le module Prévention des addictions, qui a été mis en œuvre de façon systématique dans le cadre de la prévention des dépendances en milieu scolaire. Y sont abordées des questions liées à la prévention du tabagisme, de l'abus d'alcool et de drogues, des formes nouvelles de

comportements à risque (jeux d'argent, paris) et à la circulation routière (en particulier, les accidents de la route dus à l'alcool).

En 2019, selon le rapport, le ministère des Sciences et de l'Éducation a adopté un programme transversal intitulé « La santé dans les écoles primaires et secondaires en Croatie », qui englobe plusieurs domaines, dont la santé physique, la santé mentale et sociale, la santé reproductive, l'hygiène dentaire, l'aide à la prise en charge de son propre bien-être. Ce module favorise l'acquisition de connaissances et de compétences, ainsi que l'adoption d'attitudes positives envers la santé et un mode de vie sain pour que les élèves acquièrent les capacités physiques, mentales et sociales désirées.

Le Comité prend note des activités menées par d'autres organisations afin de promouvoir l'éducation à la santé dans les écoles, à savoir le Réseau des Villes-Santé et des Pays-Santé, le Réseau d'écoles pour la santé en Europe (SHE Network).

Dans ses questions ciblées, le Comité a également demandé des informations sur la sensibilisation et l'éducation en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre (OSIG) et de violence fondée sur le genre. En réponse, le rapport indique qu'Eurostat a réalisé une étude pilote sur ce sujet en 2019. Selon le rapport, une enquête portant sur un échantillon représentatif au niveau national devrait être menée au cours de l'année 2021 (en dehors de la période de référence) et permettre d'obtenir des indicateurs statistiques comparables au niveau international sur la violence fondée sur le genre à l'égard des femmes. Le rapport ajoute que des conférences sur les crimes de haine, y compris la violence fondée sur le genre, l'orientation sexuelle et l'identité de genre, sont régulièrement organisées dans le cadre des formations et programmes professionnels destinés aux agents de police à tous les niveaux. Le Comité prend note de la présentation détaillée des activités et formations sur cette question suivies par les agents de police pendant la période de référence. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées concernant l'étude pilote sur la violence fondée sur le genre.

Consultations et dépistage des maladies

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

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Croatie est conforme à l'article 11§2 de la Charte de 1961.

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 Croatie.

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

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

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

Dans sa précédente conclusion, le Comité a conclu que la situation de la Croatie était conforme à l'article 11§3 de la Charte de 1961 (Conclusions 2013).

Services de santé dans les lieux de détention

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

Le rapport fournit des informations sur la consommation de drogues en milieu carcéral, qui sont évaluées ci-dessous, mais ne fournit pas d'autres informations en réponse à la question ciblée.

Le Comité note que le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), dans son rapport sur sa dernière visite en Croatie (2017), a exprimé une série de préoccupations concernant, entre autres, l'organisation des soins de santé en prison, les effectifs, les équipements de base, le dépistage et le signalement des lésions, ainsi que la confidentialité des examens médicaux.

Le Comité demande de nouveau un aperçu général des services de santé dans les lieux de détention, en particulier dans les prisons (sous quelle responsabilité opèrent-ils/à quel ministère sont-ils rattachés, effectifs du personnel et autres ressources, modalités pratiques, examen médical à l'arrivée, accès à des soins spécialisés, prévention des maladies transmissibles, offre de soins de santé mentale, état des soins dispensés dans les établissements de proximité, le cas échéant, etc.). Le Comité 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 Croatie est conforme à l'article 11§3 de la Charte de 1961.

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 fait référence à un projet de jumelage sur la santé mentale mis en œuvre au cours de la période de référence, qui a conclu à la nécessité de réformer le secteur de la santé mentale en déplaçant le centre d'attention du milieu hospitalier vers la collectivité, sur la base d'équipes mobiles multidisciplinaires fournissant un soutien à domicile. Le rapport décrit également un projet mené par les autorités de santé publique au cours de la même période, lequel s'est focalisé sur la détection des risques pour la santé mentale des écoliers.

Le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, qui s'est rendu en Croatie en 2017, a constaté que le système de santé mentale était encore trop axé sur les hôpitaux psychiatriques, au détriment des services de santé mentale ambulatoires au niveau de la collectivité. Bien que la désinstitutionnalisation ait représenté une priorité politique clé en Croatie, elle a principalement visé le secteur de la protection sociale, avec une faible participation du secteur de la santé. Le Rapporteur spécial a noté que, bien que 600 personnes soient passées d'institutions résidentielles à des services de proximité dans le cadre du processus de désinstitutionnalisation en 2016, le même nombre de personnes est passé dans l'autre sens, soit de la collectivité aux hôpitaux psychiatriques de long séjour, au cours de la même période.

D'après le rapport du Semestre européen pour 2020, la prise en charge des enfants et des personnes handicapées s'appuyant sur la communauté et la famille restait sous-développée. En 2017, 72 % des enfants et des jeunes adultes sans parents ou privés d'une protection parentale adéquate ne vivaient pas en institution, ce qui constitue une amélioration depuis 2010. La Commission européenne a fait remarquer que la transition d'un modèle fondé sur des soins en institution vers des soins de proximité nécessite de développer et d'offrir aux populations des services à la fois nouveaux et différents. Cependant, sur treize foyers pour enfants âgés de 6 à 18 ans, seuls quatre avaient achevé la transition vers le nouveau modèle de soins de proximité. Plus de 60 % des personnes appartenant à d'autres groupes vulnérables, notamment les enfants et les jeunes adultes présentant des troubles du comportement et les adultes souffrant d'un handicap mental, vivaient encore en institution en 2017.

Le Comité se réfère en outre au rapport annuel 2020 du médiateur croate pour les enfants, dans lequel celui-ci se disait préoccupé par le nombre insuffisant de spécialistes de la santé mentale travaillant avec des enfants, par le manque de services de conseils psychologiques pour les enfants en dehors des grands centres urbains, ainsi que par le recours excessif à l'hospitalisation dans le cas d'enfants présentant des problèmes comportementaux et de santé mentale.

Conformément au Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et à d'autres normes pertinentes, le Comité estime qu'une approche de la santé mentale respectueuse des droits humains exige au minimum de : a) développer une gouvernance de la santé mentale fondée sur les droits de l'homme, au moyen, notamment, d'une législation et de stratégies en matière de santé mentale qui soient conformes à la Convention relative aux droits des personnes handicapées et aux autres instruments applicables, et qui reposent sur de bonnes pratiques et des données factuelles ; b) fournir des services de santé mentale dans des structures de soins primaires de

proximité, notamment en remplaçant les hôpitaux psychiatriques de long séjour par des structures de soins de proximité non spécialisées ; et c) mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention en matière de santé mentale, notamment des campagnes visant à réduire la stigmatisation, la discrimination et les violations des droits de l'homme.

Le Comité note que l'article 15§3 de la Charte révisée offre d'ordinaire l'occasion d'examiner le processus de désinstitutionnalisation des personnes handicapées. La Charte de 1961 ne contenant pas de disposition similaire, le point en question doit être apprécié dans le cadre de l'article 11§3.

En conséquence, le Comité demande les informations suivantes :

- le nombre d'institutions complètement et/ou partiellement fermées ou la réduction du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques de long séjour ; si une stratégie de désinstitutionnalisation existe, le délai fixé pour la fermeture de toutes les institutions ;
- les solutions alternatives qui ont été mises en place : le type de services de proximité, notamment l'accès à une assistance personnelle, les possibilités en matière de logement, et l'accès aux services généraux, notamment l'emploi et l'éducation ;
- en ce qui concerne le logement, la mesure dans laquelle les personnes qui quittent une institution peuvent choisir où, et avec qui, elles souhaitent vivre, et si elles doivent vivre dans un cadre particulier pour accéder à une aide ;
- des données sur le nombre de personnes qui vivent en logement collectif (foyers de petite taille, foyers de type familial, etc.) après avoir quitté un établissement, ventilées par âge et par déficience ;
- la façon dont les services sont financés, la façon dont les coûts liés au handicap sont financés, et la façon dont les personnes sont évaluées pour l'accès aux différents services d'aide et allocations ;
- la façon dont la qualité des services de proximité est suivie, et la façon dont les personnes handicapées et leurs organisations représentatives sont associées à la fourniture, au suivi ou à l'évaluation des services de proximité.

Le Comité demande en outre des informations sur les services de soins de santé mentale pour les enfants, compte tenu des observations susmentionnées.

Prévention de la toxicomanie et réduction des risques

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

Le rapport fournit des informations sur les usagers de drogues dans les prisons et les établissements pour mineurs, notamment des données ventilées par année et par type de dépendance, et sur le nombre de personnes souffrant de maladies infectieuses. D'après le rapport, les tendances étaient globalement positives ou stables au cours de la période de

référence. Des traitements de substitution aux opiacés sont également disponibles dans les prisons. Le rapport fournit en outre des informations sur les décès liés aux drogues et les mesures de réduction des risques disponibles en milieu ouvert, ainsi que sur les programmes de rétablissement et de désintoxication pour les personnes qui consomment des drogues. Au cours de l'année 2019, un projet de stratégie nationale dans le domaine des addictions (2020-2029) et un projet conjoint de plan d'action dans le même domaine (2020-2024), visant à réunir sous une même couverture les différents volets politiques concernant les addictions et les comportements addictifs, ont été achevés.

Le Comité demande des informations sur la mise en œuvre et l'impact de la Stratégie nationale dans le domaine des addictions (2020-2029).

Environnement sain

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

Le rapport souligne les dispositifs mis en place pour mesurer et réduire la pollution de l'air en Croatie. En particulier, en 2019, la Croatie a adopté un programme de contrôle de la pollution de l'air pour la période 2020-2029. Le rapport décrit également les mesures prises pour informer le public sur les problèmes environnementaux en général.

D'après le rapport du Semestre européen sur la Croatie pour 2020, la pollution de l'air continuait d'avoir des répercussions importantes sur la santé. L'Agence européenne pour l'environnement a estimé qu'en 2016, en Croatie, environ 12,2 années de vie perdues pour 1 000 habitants étaient imputables à l'exposition aux particules fines (PM_{2,5}) – le principal polluant impliqué dans les maladies respiratoires, les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux et le cancer du poumon –, soit nettement plus que la moyenne de l'Union européenne, qui est de huit années.

Le Comité note que le rapport ne répond que partiellement aux questions soulevées dans la question ciblée. Par conséquent, le Comité réitère en partie sa demande d'informations, notamment en ce qui concerne les mesures prises pour prévenir l'exposition à la pollution de l'eau et à d'autres formes de pollution environnementale autres que la pollution de l'air, notamment celles résultant des activités industrielles, ainsi que sur les mesures prises pour remédier aux problèmes de santé de la population touchée et améliorer l'accès à l'information sur l'environnement. En ce qui concerne la pollution de l'air, le Comité demande des informations complètes et actualisées qui démontrent la mise en œuvre de la législation et des réglementations adoptées dans ce domaine, en se référant à des valeurs cibles pertinentes. 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 Croatie est conforme à l'article 11§3 de la Charte de 1961.

Vaccinations et surveillance épidémiologique

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

Le rapport décrit les dispositions institutionnelles en place pour surveiller et faire connaître les effets secondaires de la vaccination, ainsi que la participation de la Croatie à des projets de recherche sur l'efficacité des vaccins menés par l'Union européenne dans plusieurs pays.

Covid-19

Dans une question ciblée, 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 très limitées à ce sujet.

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 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport soumis par la Croatie.

Le Comité rappelle qu'aux fins du présent rapport, les États ont été invités à répondre à des questions ciblées pour l'article 13 de la Charte de 1961 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 ").

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 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 (i.e. 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.

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a conclu que la situation en Croatie n'était pas conforme à l'article 13§1 de la Charte de 1961 pour les motifs suivants : il n'a pas été établi que les moyens de subsistance sont garantis aux personnes dans le besoin, dont l'aide sociale est supprimée à titre de sanction pour avoir refusé une offre d'emploi ; le niveau de l'aide sociale est manifestement insuffisant ; les ressortissants d'autres États parties sont soumis à une condition de durée de résidence excessive pour pouvoir bénéficier de l'aide sociale. 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 la précédente conclusion.

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

Le Comité prend note des activités et projets présentés dans le rapport, après l'entrée en vigueur, le 24 mars 2012, de la loi sur la protection sociale. La loi prescrit le droit à une prestation minimale garantie (GMB) comme le droit à un montant qui assure les besoins vitaux de base d'une personne seule ou d'un ménage qui ne dispose pas de fonds suffisants pour répondre aux besoins vitaux de base. La base sur laquelle le montant de la GMB est calculé est déterminée par une décision du gouvernement de la République de Croatie, et elle s'élève à 800,00 HRK (106,30 €) par mois pour une personne seule, tandis que pour un ménage, elle dépend des membres. Si une personne seule ou un ménage gagne un revenu, le montant du GMB est déterminé par la différence entre le montant du GMB et le revenu mensuel moyen d'une personne seule ou d'un ménage. Le montant du GMB pour un ménage ne peut pas dépasser le montant brut du salaire minimum en Croatie (le rapport indique qu'en 2020, le salaire brut minimum a été fixé à 4 062,51 HRK (543,07 €).

En plus de l'aide financière de base, le bénéficiaire peut exercer le droit à une allocation de logement reconnue par l'unité locale d'autonomie (LSGU), comme la ville de Zagreb.

Selon cette loi, si un utilisateur de GMB en âge de travailler est employé, le GMB est maintenu le premier mois, réduit de 25 % le deuxième mois et de 50 % le troisième mois de travail. Le droit est révoqué si la personne travaille pendant plus de trois mois. En outre, un nouveau droit à la prestation pour un acheteur d'énergie en danger a été introduit, qui est reconnu à une personne seule ou à un ménage qui remplit les critères pour acquérir le statut d'acheteur en danger. Le montant peut atteindre 200 HRK (26,57 €) par mois.

Des modifications de la loi ont réglé la question de la révocation du droit au GMB en cas de refus de l'emploi ou de la reconversion proposés. Dans les six mois qui suivent le mois au cours duquel le droit a été révoqué ou réduit, la personne n'est pas autorisée à demander la reconnaissance du droit au GMB. Selon le rapport, 97 492 personnes ont bénéficié du GMB en 2016 et 60 534 en 2020. Le rapport indique que le risque de pauvreté et d'exclusion sociale reste élevé, notamment pour certains groupes de citoyens : les enfants, les familles monoparentales, les personnes âgées et les personnes handicapées. Selon les données officielles, le taux de risque de pauvreté a diminué en 2018 de 0,7 % par rapport à l'année précédente (2017), où il s'élevait à 20,0 %. En 2018, 783 179 personnes vivaient en République de Croatie en situation de risque de pauvreté. Sur la base de ces informations mais de la diminution de près de 30 % de l'accès au droit au GMB, le Comité demande au prochain rapport d'expliquer pourquoi il y a eu une diminution aussi importante du nombre de bénéficiaires du GMB.

La loi actuelle prescrit également le droit à une allocation unique pour une personne seule ou un ménage qui n'est pas en mesure de répondre aux besoins vitaux de base en raison de la naissance ou de la scolarisation d'un enfant, de la maladie ou du décès d'un membre de la famille, de catastrophes naturelles et autres, en raison de difficultés financières actuelles. Le montant total au cours d'une année civile ne peut pas dépasser 2 500 HRK (331,98 €) pour une personne seule ou 3 500 HRK (464,77 €) pour un ménage.

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité avait noté que le rapport ne répondait pas à la question de savoir quels moyens de subsistance restent à la disposition des personnes dont l'aide sociale est supprimée à titre de sanction pour avoir refusé une offre d'emploi. Il a donc considéré qu'il n'était pas établi que le droit à l'aide sociale soit effectivement garanti à toute personne dans le besoin. Le rapport explique que les personnes dont le droit à la GMB est révoqué peuvent recevoir une prestation unique, mais dans des cas très limités. Le rapport précise en outre que seule cette personne perd son droit et non les autres membres du foyer ; la ville ou la municipalité peut accorder certaines aides selon sa propre décision, ainsi que les organisations de la société civile. Toutefois, seuls les bénéficiaires du droit à la GMB ont droit à l'allocation de logement reconnue par le gouvernement autonome local. Par conséquent, selon les informations communiquées, les personnes dont les droits sont révoqués ne disposent pas d'autres moyens de subsistance spécifiques. Le Comité réitère donc sa conclusion et considère que la situation n'est pas conforme à la Charte à cet égard.

En ce qui concerne l'assistance médicale, le Comité a précédemment noté que l'assistance médicale est disponible dans le cadre du régime d'assurance obligatoire uniquement pour les personnes qui ont acquis le statut d'assuré selon la procédure et dans les conditions prescrites par la loi et les actes juridiques généraux. En particulier, les personnes sans ressources qui sont inscrites au service de l'emploi ont droit à l'assistance médicale. Le rapport fait référence aux soins médicaux d'urgence pour les réfugiés et autres étrangers bénéficiant d'une protection internationale, qui se trouvent légalement en Croatie. Un étranger en situation irrégulière ne peut recevoir des soins médicaux d'urgence que s'il est "attrapé" et doit être renvoyé ou s'il se trouve au centre d'accueil pour étrangers en attendant son retour. Il ne semble pas qu'une assistance médicale soit fournie en cas de besoin aux personnes qui ne sont pas couvertes par le régime général d'assurance et qui ne sont pas inscrites au service de l'emploi. Le Comité considère donc qu'il n'est pas établi que le droit à l'assistance médicale soit effectivement garanti à toute personne dans le besoin.

Niveaux de prestations

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

- Prestation de base : selon la base de données MISSOC (données jusqu'au 31 décembre 2019), la base de calcul du GMB est de 800 HRK (107 €) depuis le 8 octobre 2014. Le montant de la GMB pour une personne seule inapte au travail

s'élève jusqu'à 115 % du taux de base, soit 920 HRK et jusqu'à 100 % du taux de base, donc 800 HRK si la personne n'était pas en état de travailler (respectivement 123 € et 107 € au taux du 31 décembre 2019) ;

- Prestations complémentaires : selon le rapport, une allocation de logement peut être accordée, couvrant les frais de loyer, les frais de services publics, l'électricité, le gaz, le chauffage, l'eau et le réseau d'égouts. Cette aide peut être accordée par les unités d'autonomie locale et régionale ou par la ville de Zagreb, à hauteur de 50 % du montant mensuel du GMB (soit 53,5 € par mois), à la discrétion du gouvernement local. Les bénéficiaires qui utilisent du bois pour se chauffer peuvent se voir accorder 3m³ de bois une fois par an ou une allocation de chauffage couvrant le coût équivalent.
- Assistance médicale : comme indiqué ci-dessus, uniquement disponible pour les bénéficiaires du GMB et les autres personnes à faible revenu.
- le seuil de pauvreté, défini comme 50 % du revenu équivalent médian et calculé sur la base de la valeur du seuil de risque de pauvreté d'Eurostat, a été estimé à 304 € par mois en 2019.

À la lumière des informations ci-dessus, le Comité considère que le niveau de l'aide sociale est manifestement inadéquat du fait que l'aide minimale pouvant être obtenue n'est pas compatible avec le seuil de pauvreté.

Droit de recours et aide judiciaire

Le Comité note qu'aucune question ciblée n'a été posée en ce qui concerne le droit d'appel et l'assistance judiciaire. Le Comité demande au prochain rapport de fournir des informations actualisées sur le droit d'appel et l'assistance juridique.

Champ d'application personnel

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

Ressortissants étrangers légalement présents sur le territoire

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2009 et 2013), le Comité a estimé que la situation n'était pas conforme à l'article 13§1 de la Charte de 1961 dans la mesure où les ressortissants d'autres Etats parties étaient soumis à une condition de durée de résidence excessive (cinq ans) pour pouvoir bénéficier de l'aide sociale. Le rapport ne fournit pas d'autres informations sur l'accès à l'aide sociale et à l'aide médicale d'urgence. Il indique que, sauf pour certaines catégories d'étrangers, la résidence est toujours requise. La situation reste donc non conforme à la Charte de 1961.

Ressortissants étranger en situation irrégulière sur le territoire

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

Le rapport indique que les demandeurs d'asile, les asilés, les victimes de la traite et les autres étrangers bénéficiant d'une protection internationale ont droit à des soins médicaux d'urgence, et les étrangers en situation irrégulière uniquement s'ils doivent être renvoyés ou dans des centres d'accueil. Le Comité conclut que la situation n'est pas conforme à la Charte de 1961 car l'assistance sociale d'urgence pour les étrangers en situation irrégulière

sur le territoire n'est pas prévue. Le Comité demande au prochain rapport de fournir des informations détaillées sur ce point.

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

Le rapport indique que, compte tenu de la crise provoquée par la Covid-19 dans le système de protection sociale concernant l'exercice du droit aux prestations en espèces pour les personnes sans ressources, il n'y a pas eu de changement. En effet, tous ceux qui remplissaient les conditions ont pu continuer à exercer ce droit dans les mêmes conditions. En plus des fonds réguliers, le gouvernement a fourni des fonds supplémentaires pour les nouveaux bénéficiaires potentiels de la prestation minimale garantie et de la prestation unique en raison du coronavirus et du tremblement de terre dans la ville de Zagreb et ses environs.

Le Comité demande au prochain rapport de fournir des informations détaillées sur les mesures spécifiques prises concernant la pandémie de la covid-19.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Croatie n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte de 1961 aux motifs que :

- les moyens de subsistance ne sont pas garantis aux personnes dans le besoin dont l'assistance sociale a été supprimée à titre de sanction pour avoir refusé une offre d'emploi ;
- il n'est pas établi que le droit à l'assistance médicale soit effectivement garanti à toute personne dans le besoin ;
- le niveau de l'assistance sociale est manifestement insuffisant ;
- les ressortissants d'autres États parties sont soumis à une condition de durée de résidence excessive pour être éligibles à l'assistance sociale ;
- les étrangers en situation irrégulière sur le territoire n'ont pas droit à l'assistance sociale d'urgence.

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 constaté 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 note qu'aucune question ciblée n'a été posée au titre de cette disposition. La conclusion précédente ayant constaté 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 4 - Assistance d'urgence spécifique aux non-résidents

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport soumis par la Croatie.

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 conclu en 2013 que la situation en Croatie n'était pas conforme à l'article 13§4 de la Charte de 1961 au motif qu'il n'était pas établi que tous les ressortissants étrangers non-résidents dans le besoin – qu'ils soient en situation régulière ou en situation irrégulière – ont droit à une assistance médicale et sociale d'urgence. Il limitera donc son examen aux réponses du Gouvernement à sa précédente demande d'informations complémentaires pertinentes.

Le Comité se réfère également aux conclusions adoptées 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 a considéré dans ses conclusions de 2009, 2013 et 2021 au titre de l'article 13§1 que l'accès à l'aide sociale d'urgence aux ressortissants étrangers légalement présents sur le territoire n'est pas garanti et que la situation n'est pas conforme à la Charte de 1961e. Le rapport indique que les citoyens étrangers non-résidents dans le besoin, conformément à la réglementation nationale applicable, bénéficient de soins de santé. Cependant, l'accès à l'assistance sociale de base n'est accessible qu'aux citoyens, résidents ou personnes sous protection internationale. Le Comité considère donc que la situation reste non conforme à la Charte de 1961.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Croatie n'est pas conforme à l'article 13§4 de la Charte de 1961 au motif que tous les ressortissants étrangers non-résidents dans le besoin n'ont pas droit à l'assistance médicale et sociale d'urgence.

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 Croatie.

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 (i.e. après le 31 décembre 2019). En d'autres termes, la réponse ne sera pas évaluée à des fins de conformité avec la Charte dans le cadre du présent cycle d'examen.

Le Comité a ajourné sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)) dans l'attente des éléments suivants :

- des informations sur la mise en œuvre de la réforme relative à la désinstitutionalisation qui visait à instaurer un nouveau système composé de dix services sociaux de base et la possibilité de recourir à plusieurs services simultanément ;
- le coût des services fournis par des prestataires autres que les centres sociaux ;
- des statistiques sur l'étendue réelle du « grand besoin » – constaté dans les petites villes et les zones rurales – de services de soins de jour, de prévention, de réadaptation et d'insertion, qui sont pour la plupart concentrés dans les grandes villes.

Le rapport indique que des fonds de l'UE ont permis de financer des projets portés par des prestataires de services sociaux en vue de la désinstitutionalisation du système de protection sociale et du développement de services sociaux de proximité. À cette fin, durant la période de référence, le Fonds social européen (FSE) a financé 16 projets de développement de services sociaux de proximité visant à mener à bien le processus de désinstitutionalisation de la prise en charge des enfants et des jeunes privés d'une protection parentale adéquate et des enfants et des jeunes présentant des troubles du comportement. L'appel d'offres visant à développer, étendre et améliorer la qualité des services sociaux non institutionnels pour soutenir le processus de désinstitutionalisation a été publié par le FSE en mai 2020 et la passation de marchés est en cours. En outre, le Fonds européen de développement régional (FEDER) a financé le développement d'infrastructures de prestation de services sociaux de proximité pour soutenir le processus de désinstitutionalisation. En mai 2019, un appel à propositions de projets (éligibles à des subventions) a été lancé dans le cadre du FEDER en vue de mener à bien le processus de désinstitutionalisation au moyen d'investissements dans les infrastructures et l'équipement de centres sociaux ainsi que d'autres prestataires de services sociaux. Six décisions de financement portant sur 40 projets ont été adoptées à date. Le Comité note que le processus est en cours et demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les développements et sur l'impact de la réforme. Il demande en particulier une description complète du fonctionnement du nouveau système et souhaite connaître les règles d'utilisation des services et savoir quels services sont compris dans les « services sociaux de base ». Dans l'intervalle, il réserve sa position sur ce point.

Le rapport ne donne pas d'informations sur le coût des services fournis par des prestataires autres que les centres sociaux, informations que le Comité demande depuis 2009 (Conclusions XIX-2). Il renouvelle donc sa question et considère entretemps qu'il n'est pas établi que l'accès effectif et égal aux services sociaux soit garanti.

Le rapport ne donne pas d'informations sur la répartition géographique des services sociaux, au regard du problème de leur insuffisance dans les zones rurales. Le Comité renouvelle donc sa demande d'informations et indique que, dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte de 1961 sur ce point.

En réponse à la question ciblée, le rapport n'indique pas explicitement si les services sociaux ont continué d'être fournis sans interruption durant la pandémie de covid-19. Toutefois, il confirme que la continuité dans la fourniture de ces services a été assurée pour les personnes handicapées sur l'ensemble du territoire croate. En outre, le rapport décrit en détail le soutien financier accordé aux organisations de la société civile, aux instances, bureaux et organisations de l'administration nationale, aux organes et organismes gouvernementaux, aux organismes publics, aux fondations, instituts et autres établissements publics du secteur social, durant la pandémie et en général. 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 Croatie n'est pas conforme à l'article 14§1 de la Charte de 1961 au motif qu'il n'est pas établi que l'accès effectif et égal aux services sociaux soit garanti.

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 Croatie.

Le Comité rappelle que l'article 14§2 fait obligation aux États d'aider les organisations bénévoles qui cherchent à créer des services sociaux. Les « individus et organisations bénévoles ou autres » dont il est question au paragraphe 2 incluent le secteur associatif (organisations non gouvernementales et autres associations), les particuliers et les 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 a demandé un rapport sur l'application des dispositions de la Charte relevant du groupe thématique « Santé, sécurité sociale et protection sociale »), ainsi qu'aux constats de non-conformité ou décisions d'ajournement formulés dans ses conclusions précédentes. Les États ont par conséquent été invités à fournir des informations sur la participation des usagers aux services sociaux (« co-production ») et notamment à indiquer comment cette participation est garantie et encouragée dans la loi, dans les affectations budgétaires et dans la prise de décision à tous les niveaux, ainsi que dans la conception et les modalités de mise en œuvre de ces services dans la pratique. Par « co-production », on entend que les services sociaux travaillent ensemble avec les personnes qui recourent aux services sur la base de principes fondamentaux tels que l'égalité, la diversité, l'accessibilité et la réciprocité.

Le Comité a ajourné sa conclusion précédente (Conclusions XX-2 (2013)) dans l'attente d'informations supplémentaires concernant le « déficit » signalé, en particulier au niveau des soins de jour, des soins et de l'assistance à domicile. Le Comité a noté que l'État avait alloué aux organisations de la société civile des fonds destinés à offrir de nouveaux services sociaux, sommes qui se sont néanmoins avérées insuffisantes du fait de la crise économique.

En réponse, le rapport fournit des informations exhaustives sur la participation du public à la création et au maintien des services sociaux, précisant les fonds alloués dans le secteur social au niveau de l'ensemble des prestataires de services publics en Croatie. Le rapport cite une vaste série de sources de financement public comprenant les fonds du budget initial de l'État ainsi que les recettes de jeux de hasard, les fonds pour la protection de l'environnement, une partie de la contribution à l'audiovisuel public croate, les budgets des collectivités territoriales, les revenus des entreprises publiques détenues par l'État ou par une ou plusieurs collectivités territoriales, les revenus de l'Office de tourisme, les revenus des établissements publics d'enseignement supérieur, les revenus des institutions et fondations publiques, les recettes des autorités portuaires et les redevances perçues au titre de l'utilisation des voies publiques. Le Comité demande que le prochain rapport précise si les fonds alloués ont permis de pallier le déficit au niveau des soins de jour, des soins et de l'assistance à domicile et si de nouveaux services sociaux permettant de répondre aux besoins ont été développés.

Le rapport ne répond pas à la question ciblée sur la participation des usagers aux services sociaux. Le Comité réitère sa question, demande que le prochain rapport contienne des informations exhaustives, en particulier sur la manière dont la participation des usagers est encouragée dans la loi et dans d'autres processus décisionnels, et souhaite savoir si des mesures concrètes pour la soutenir, y compris financières, ont été adoptées ou prévues.

Conclusion

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