



mars 2022

CHARTE SOCIALE EUROPEENNE

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions XXII-2 (2021)

REPUBLIQUE TCHEQUE

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 République tchèque, qui a ratifié la Charte sociale européenne de 1961 le 3 novembre 1999. L'échéance pour remettre le 18^e rapport était fixée au 31 décembre 2020 et la République tchèque l'a présenté le 10 décembre 2020.

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

Les commentaires transmises conjointement par *Forum for Human Rights, Validity Foundation* et *Inclusion Czech Republic* sur le 18^e rapport ont été enregistrés le 1 juillet 2021. Les commentaires transmises par *Forum for Human Rights* ont été enregistrée le 1 juillet 2021. La réponse du Gouvernement à ces commentaires a été enregistrée le 25 août 2021.

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

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

La République tchèque 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 République tchèque concernent 15 situations et sont les suivantes :

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

En ce qui concerne les six autres situations, régies par les articles 3§2, 11§1, 11§2, 11§3, 12§4 et 13§1, le Comité nécessite des informations supplémentaires pour être en mesure d'examiner la situation.

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

Le prochain rapport que doit soumettre la République tchèque 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 3 - Droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail

Paragraphe 1 - Règlements de sécurité et d'hygiène

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

Il 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§1 de la Charte de 1961 ainsi que, le cas échéant, aux précédents constats de non-conformité et aux décisions d'ajournement (voir l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, dans laquelle le Comité a demandé un rapport sur l'application des dispositions de la Charte relevant du groupe thématique « Santé, sécurité sociale et protection sociale »).

Dans sa conclusion précédente, le Comité a jugé que la situation de la République tchèque était conforme à l'article 3§1 de la Charte de 1961, dans l'attente des informations demandées (Conclusions XX-2 (2013)). Son évaluation portera donc sur les informations fournies par le gouvernement en réponse à la question ciblée.

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.

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

Dans sa question ciblée posée au titre de l'article 3§1, 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.

En réponse, le rapport indique que l'ordonnance du gouvernement n° 361/2007 Coll., qui fixe les conditions en matière de protection de la santé au travail, a été modifiée. Cette modification est entrée en vigueur le 29 octobre 2018. De même, la loi relative aux services de santé spécifiques a été modifiée. La dernière modification a été apportée par la loi n° 202/2017 Coll., qui est entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2017. Cette dernière énonce les règles concernant l'émission d'un avis médical et l'examen de cet avis par l'organe administratif compétent, ainsi que les conditions applicables aux extraits de l'avis médical, définit les prestataires des services de santé au travail, prévoit les conditions d'enregistrement d'informations par lesdits services, ainsi que les conditions d'évaluation et de reconnaissance des maladies professionnelles.

Le rapport précise en outre que les questions relatives à l'épuisement professionnel, au syndrome de stress post-traumatique, aux blessures dans le secteur des loisirs sportifs, et d'autres questions y afférentes, ne sont pas abordées dans le cadre de l'hygiène et de la santé au travail. Toutefois, le stress psychologique en tant que facteur de risque lié à l'environnement de travail est défini à l'article 31 de l'ordonnance du gouvernement n° 361/2007 Coll., qui prévoit qu'un travail posté, monotone, dans un espace de travail imposé, et un travail effectué la nuit, sont des situations de travail exposant le travailleur à un stress psychologique. Les questions de harcèlement au travail, de stress, d'interdiction et de réglementation de la surveillance électronique des travailleurs figurent dans la loi n° 262/2006 Coll., la loi n° 198/2009 Coll., et la loi anti-discrimination. Le rapport indique par

exemple qu'une personne peut engager une action en réparation au titre des dommages causés à sa santé par les actions de son supérieur ou d'un collègue, et que l'employeur est responsable de ces dommages. En outre, l'employeur a l'obligation d'assurer la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs par rapport aux éventuels risques de danger pour leur vie et leur santé auxquels ils pourraient être exposés au travail. L'employeur doit assurer un environnement et des conditions de travail sûrs et prendre des mesures de prévention en conséquence. D'autres risques sont également évités par le respect scrupuleux des horaires et de la charge de travail et par les activités de prévention et de contrôle menées par le Bureau national de l'inspection du travail.

Dans le cadre de l'adoption, le 5 mai 2018, du Règlement général sur la protection des données, les règles en matière de surveillance des travailleurs ont été renforcées. Les travailleurs doivent être informés de la portée et de la finalité du traitement de leurs données personnelles, de la manière dont les données seront traitées et des personnes qui auront accès à ces données et comment. Un délégué indépendant à la protection des données doit contrôler que les données personnelles sont traitées de manière appropriée et signaler les éventuelles fuites de données ou les infractions à la loi.

Le rapport indique qu'aucun nouveau texte de loi n'a été adopté durant la période de référence en vue de garantir la sécurité et l'hygiène professionnelles en lien avec des situations changeantes ou nouvelles.

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§1, 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.

Protection contre les substances et agents dangereux

Le Comité a précédemment jugé la situation conforme sur ce point (Conclusions XX-2 (2013)).

Le rapport fournit des informations sur les valeurs limites d'exposition pour certains agents chimiques qui ont été ajustées conformément à la législation de l'Union européenne.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations complètes et à jour en ce qui concerne le cadre juridique régissant la protection des travailleurs contre les rayonnements ionisants.

Champ d'application personnel des règlements

Le Comité a précédemment jugé la situation conforme sur ce point (Conclusions XX-2 (2013)).

Covid-19

Dans le contexte de la crise de la covid-19, le Comité rappelle qu'il a demandé des informations sur la protection des travailleurs qui sont en première ligne dans les questions ciblées au titre de l'article 3§1 de la Charte de 1961.

En réponse, le rapport indique que les travailleurs sociaux ont reçu des équipements de protection individuelle (masques chirurgicaux/de protection respiratoire, désinfectants pour les mains). En outre, un ensemble de bonnes pratiques a été développé dans le cadre de la prestation de soins en lien avec la covid-19 ; elles incluent le classement des patients par catégories, l'obligation pour les patients de porter un masque, la fourniture d'informations sur la marche à suivre en cas de test positif à la covid-19 ou en cas de contact avec une personne positive à la covid-19, l'aération du domicile du patient, la division des équipes de travail, la réduction autant que possible du recours aux transports publics, la désinfection régulière des locaux et des véhicules. Certains services sociaux ont peu à peu fermé en raison de la covid-19 mais ils ont eu recours à des étudiants du domaine social qui ont été rémunérés pour leur travail.

En ce qui concerne le personnel de santé, des recommandations ont été formulées pour garantir des procédures de travail sûres ; elles comprennent notamment le port d'un masque chirurgical/de protection respiratoire. Des espaces ont été réservés à la prestation de soins aux patients atteints de la covid-19 ou soupçonnés de l'être dans les établissements de soins de santé. La nécessité de fournir des équipements de protection individuelle a été actée et leur livraison a été planifiée. En outre, d'autres recommandations ont été formulées concernant la prestation de soins de santé en milieu hospitalier, les prestataires de soins à domicile, les salles d'attente et les cabinets de médecins généralistes pour enfants et adolescents. Une ligne téléphonique gratuite a été mise en place pour permettre aux professionnels de santé de recevoir un soutien psychologique. Les informations préparées par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail ont été utilisées, ainsi que les lignes directrices du ministère de la Santé relatives à la préparation du lieu de travail dans le contexte de la covid-19.

S'agissant du personnel des services funéraires, les personnes travaillant dans ce secteur ont été identifiées comme des travailleurs de première ligne et elles ont eu droit en priorité à des masques chirurgicaux/de protection respiratoire et à d'autres équipements de protection individuelle.

En ce qui concerne le personnel pénitentiaire et autres personnels de surveillance, les mesures prises pour protéger les travailleurs visaient également à protéger la santé des détenus. Les autorités ont recensé les ressources disponibles de l'administration pénitentiaire et ont mobilisé les capacités au service de la production de moyens de protection pour le personnel et les détenus. La fréquence de la désinfection des locaux et des moyens de transport a été augmentée. Les personnes qui n'utilisaient pas de masque de protection respiratoire ou dont la température corporelle était élevée n'étaient pas autorisées à entrer dans les prisons et autres établissements pénitentiaires. Les employés

ont eu recours au travail à distance autant que possible et dans certains cas, ils pouvaient utiliser une voiture de fonction pour se rendre au travail.

Quant au personnel militaire, tout le personnel déployé a reçu des équipements de protection en fonction du degré de risque lié au travail effectué, sur la base des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé et du ministère de la Santé. L'armée tchèque et les pompiers ont fourni des équipements de décontamination avant et après les activités présentant un risque élevé de transmission de la covid-19.

En ce qui concerne les agents des transports publics, la principale mesure consistait à réduire au maximum le contact entre les agents et les passagers.

S'agissant des membres de la police, des pompiers, des employés de l'Administration des centres d'accueil de réfugiés et d'autres unités de coopération, les services et activités qui n'étaient pas absolument nécessaires sur le lieu de travail ont été réalisés au domicile des travailleurs grâce à un accès à distance sécurisé. Des méthodologies, des recommandations, des procédures et des lignes directrices relatives à la covid-19 ont été publiées. L'Administration des centres d'accueil de réfugiés a mis en place des mesures de prise de la température corporelle avant l'entrée sur le lieu de travail, ainsi que le travail à domicile, lorsque cela était possible, et les mesures d'hygiène ont été renforcées. Les agents de l'Administration des centres d'accueil de réfugiés ont reçu des équipements de protection individuelle et des lieux de quarantaine ont été aménagés dans plusieurs centres de rétention.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la République tchèque est conforme à l'article 3§1 de la Charte de 1961.

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

Paragraphe 2 - Application des règlements de sécurité et d'hygiène

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

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§2 de la Charte de 1961 ainsi que, le cas échéant, aux précédents constats de non-conformité et aux décisions d'ajournement (voir l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, dans laquelle le Comité a demandé un rapport sur l'application des dispositions de la Charte relevant du groupe thématique « santé, sécurité sociale et protection sociale »).

Le Comité a précédemment conclu (Conclusions XX-2 (2013)) que la situation de la République tchèque était conforme à l'article 3§2 de la Charte de 1961.

Par conséquent, l'appréciation du Comité ne portera que sur les informations fournies par le gouvernement en réponse aux questions ciblées.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le Comité a précédemment examiné (Conclusions XX-2 (2013)) la situation en ce qui concerne les accidents du travail et les maladies professionnelles. Il a constaté que les chiffres communiqués concernant le nombre et le taux d'incidence standardisé des accidents du travail, mortels et non mortels, étaient très proches de la moyenne estimée pour les États membres de l'UE durant la même période ; il a par conséquent considéré que la situation était conforme à l'article 3§2 de la Charte de 1961 sur ce point. S'agissant des questions ciblées sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, il était demandé aux autorités de fournir des données statistiques sur la prévalence des décès, blessures et invalidités liés au travail ainsi que sur les études épidémiologiques conduites pour évaluer les effets sur la santé à (plus) long terme des nouveaux emplois à haut risque, et également en ce qui concerne les victimes de harcèlement au travail et de mauvaise gestion.

En réponse aux questions ciblées du Comité, le rapport fait état d'une légère baisse des accidents du travail pendant la période de référence : leur nombre est passé de 45,116 en 2017 à 43,517 au total en 2019. Concernant spécifiquement les accidents mortels, après une hausse entre 2017 et 2018 (de 96 à 103), leur nombre a diminué en 2019 (95 cas). Ces chiffres sont en baisse par rapport à la période de référence précédente (135 cas en 2010). Le rapport fait en outre état d'une diminution du nombre d'accidents nécessitant une hospitalisation de plus de cinq jours (de 1,138 en 2017 et 1,130 en 2018 à 1,006 en 2019) et du nombre d'accidents ayant entraîné une incapacité temporaire de travail du salarié concerné supérieure à trois jours civils (de 43,882 en 2017 à 42,416 en 2019).

S'agissant des accidents du travail ayant occasionné une incapacité de travail supérieure à quatre jours civils, il ressort des données Eurostat qu'après une légère baisse entre 2017 et 2018 (de 38,440 en 2017 à 37,530 en 2018), leur nombre a augmenté entre 2018 et 2019 (de 37,530 en 2018 à 41,152 en 2019). Le taux d'incidence de ces accidents en République tchèque reste toutefois nettement inférieur à celui de l'UE à 27 (948.68 et 1,768.93 respectivement en 2018 et 884.24 et 1 800.96 respectivement en 2017). S'agissant des accidents mortels, les données Eurostat confirment – bien que les chiffres diffèrent – la tendance observée pour ce type d'accidents, à savoir une hausse entre 2017 et 2018 puis une baisse entre 2018 et 2019 (83 en 2017, 92 en 2018 et 91 en 2019). Le taux d'incidence standardisé des accidents du travail mortels en République tchèque est très proche des taux moyens relevés dans l'UE (2.85 et 2.21 respectivement en 2018 et 2.1 et 2.25 respectivement en 2017).

Le rapport ne contient pas de données statistiques en ce qui concerne le suicide lié au travail et d'autres formes d'automutilation, les TSPT, le burn-out et les troubles liés à la consommation d'alcool ou d'autres substances, ni sur les études épidémiologiques conduites pour évaluer les effets sur la santé à (plus) long terme des nouveaux emplois à haut risque (par exemple, les services de livraison à vélo, incluant les personnes employées ou celles dont le travail est géré par l'intermédiaire de plateformes numériques ; les intervenants dans l'industrie du divertissement sportif, notamment les sports de contact ; les emplois impliquant des formes particulières d'interaction avec les clients et le recours possible à des substances potentiellement nuisibles, telles que l'alcool ou d'autres substances psychoactives ; les nouvelles formes d'opérations en bourse à haut rendement, qui génèrent un niveau de stress important ; le personnel militaire et des services répressifs, etc.), ou encore en ce qui concerne les victimes de harcèlement au travail et de mauvaise gestion. Le Comité renouvelle donc sa demande d'informations sur ces points et considère que dans l'hypothèse où ces renseignements ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que les accidents du travail et les maladies professionnelles fassent l'objet d'un suivi efficace.

Activités de l'Inspection du travail

Le Comité a précédemment examiné (Conclusions XX-2 (2013)) la situation en ce qui concerne le point susmentionné et l'a jugée conforme à l'article 3§2 de la Charte de 1961. Les questions ciblées relatives aux activités de l'Inspection du travail concernaient l'organisation de l'Inspection du travail et l'évolution des ressources allouées aux services d'inspection, y compris les ressources humaines, le nombre de visites de contrôle portant sur la santé et la sécurité effectuées par les services d'inspection et la proportion de travailleurs et d'entreprises couverts par les inspections, ainsi que le nombre d'infractions constatées aux lois et règlements en matière de santé et de sécurité et la nature et le type de sanctions infligées. Enfin, il était aussi demandé si les inspecteurs étaient habilités à contrôler tous les lieux de travail, y compris les locaux habités, dans tous les secteurs de l'économie.

En réponse aux questions ciblées du Comité, le rapport indique que la loi n° 251/2005 sur l'Inspection du travail a établi un bureau national et huit bureaux régionaux d'inspection du travail. Selon le rapport, 5,540 visites de contrôle portant sur la sécurité au travail avaient été effectuées au 31 juillet 2019. Il était précisé que l'actuelle pandémie de Covid-19 avait eu un impact sur le nombre d'interventions effectuées et réalisées dans ce domaine.

En réponse à la question de savoir si les inspecteurs sont habilités à contrôler tous les lieux de travail, y compris les locaux habités, dans tous les secteurs de l'économie, le rapport indique que le Bureau national de l'Inspection du travail contrôle les activités commerciales exercées par des personnes physiques et morales conformément à la loi relative à l'Inspection du travail. En vertu de l'article 7 de la loi n° 255/2012, l'inspecteur du travail peut accéder à tous bâtiments, moyens de transport, parcelles de terrain et autres locaux, à l'exception des logements possédés ou utilisés par la personne soumise au contrôle. L'inspecteur ne dispose d'un droit d'entrée dans un logement que si ledit logement est utilisé pour y exercer une activité commerciale ou toute autre activité économique ou si le but de la visite est de lever tous doutes à ce sujet et qu'il n'existe pas d'autres moyens de vérifier si le logement est utilisé à de telles fins. Les propriétaires ou les utilisateurs de ces locaux doivent autoriser l'accès de l'inspecteur du travail.

Il ressort des données ILOSTAT que le nombre de visites effectuées par les services de l'Inspection du travail est resté stable durant la période de référence (29,415 en 2017, 29,454 en 2019). Les données montrent une augmentation du nombre d'inspecteurs du travail (passé de 509 en 2017 à 522 en 2019). Le nombre d'inspecteurs pour 10,000 personnes employées n'a pas changé (soit 1 inspecteur pour 10,000 personnes employées durant la période de référence).

S'agissant de la question ciblée relative aux ressources budgétaires allouées aux services de l'Inspection du travail, aucune information n'est fournie à ce sujet. Le rapport ne contient pas non plus d'informations concernant le nombre de visites de contrôle effectuées pour chaque année de la période de référence et la proportion de travailleurs et d'entreprises couverts par les inspections. Enfin, il ne communique aucune information sur le nombre d'infractions constatées aux lois et règlements en matière de santé et de sécurité et sur le type de sanctions infligées. Le Comité réitère par conséquent sa demande d'information sur ces points. Il considère que dans l'hypothèse où ces renseignements ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à l'article 3§2 de la Charte de 1961.

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 - Consultation des organisations professionnelles en matière de sécurité et d'hygiène

Le Comité note qu'aucune question ciblée n'a été posée au titre de l'article 3§3 de la Charte de 1961. La précédente conclusion ayant conclu que la situation de la République tchèque était conforme à la Charte, il n'y a pas eu d'examen de la situation en 2021.

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 1 - Elimination des causes d'une santé déficiente

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la République tchèque. Il prend également note des observations transmises conjointement par *Forum for Human Rights*, *Validity Foundation* et *Inclusion Czech Republic* le 1 juillet 2021, des commentaires envoyés par *Forum for Human Rights* à la même date, et des observations communiquées en réponse par le gouvernement tchèque le 25 août 2021.

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 11§1 de la Charte ainsi que, le cas échéant, aux précédents constats de non-conformité ou 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 ses conclusions précédentes, le Comité a conclu que la situation de la République tchèque était conforme à l'article 11§1 de la Charte de 1961, dans l'attente des informations demandées (Conclusions XX-2 (2013)). Son appréciation portera donc uniquement sur les informations fournies par le gouvernement en réponse aux questions ciblées.

Le Comité tient à souligner 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 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

Dans le cadre du présent cycle, le Comité a demandé, sous forme de question ciblée, que le rapport fournisse 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, sans-abri ou chômeurs de longue durée, etc.) en identifiant les 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 usagers de drogues ou les détenus, etc.).

Le rapport indique que la République tchèque ne conserve pas de données statistiques globales et ventilées conformément aux critères requis (espérance de vie moyenne dans les villes, à la campagne, par groupe ethnique et minorité ; personnes sans domicile fixe ou au chômage, par profession, lieu de travail, etc.). Le rapport présente des données statistiques détaillées sur l'incidence du VIH et de l'hépatite.

Le Comité note que, d'après les données de la Banque mondiale, l'espérance de vie à la naissance (moyenne pour les deux sexes) en République tchèque était de 79 ans en 2019 (contre 78,5 ans en 2015). Selon les données Eurostat, l'espérance de vie moyenne à la naissance dans les 27 États membres de l'UE était estimée à 81,3 ans en 2019.

Le Comité note que, d'après les données d'une autre source, les femmes vivent en moyenne environ six ans de plus que les hommes (82 ans contre 76,1 ans en 2017). Il existe aussi des écarts d'espérance de vie importants entre les régions, la région de la capitale Prague affichant une espérance de vie de presque quatre ans supérieure à celle des régions de Moravskoslezský et Severozápad, qui enregistrent les résultats les moins

bons. En réalité, l'espérance de vie à Prague (80,8 ans en 2017) était similaire à la moyenne de l'UE (« Tchéquie : profils de santé par pays 2019 », OCDE, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et Commission européenne). La même source indique qu'en plus de ces disparités régionales, les inégalités liées au niveau d'instruction sont considérables. Les hommes ayant un faible niveau d'éducation vivent en moyenne 11 ans de moins que ceux qui ont achevé un cycle d'enseignement supérieur. En ce qui concerne les femmes, cet écart (3 ans) est bien inférieur et en deçà de la moyenne de l'Union européenne de 4,1 ans. Ces résultats s'expliquent par l'existence d'un plus grand nombre de facteurs de risque parmi les personnes ayant un niveau d'éducation inférieur et les chômeurs, et une moins bonne accessibilité aux services de santé dans certaines régions (Commission européenne, 2019). Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les mesures prises pour réduire ces différences/écarts en matière d'espérance de vie.

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 la maternité précoce (jeunes filles mineures) et sur les taux de mortalité infantile et maternelle.

Le rapport informe de la création, au sein du ministère de la Santé, de la Commission sur les soins de santé reproductive. Il fournit également des informations sur la procréation assistée, qui est couverte par l'assurance maladie sous certaines conditions jusqu'à l'âge de 39 ans. Le rapport indique que l'Institut d'information et de statistiques de santé (IHIS) gère le registre national des soins de santé reproductive, qui fait partie du Système national d'informations en matière de santé (NHIS).

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

En ce qui concerne l'avortement, le rapport indique que la grossesse d'une femme est artificiellement interrompue (avortée) si elle en fait la demande par écrit, si son état de santé le permet et si la durée de la grossesse n'est pas supérieure à douze semaines. La grossesse d'une femme peut être interrompue pour des raisons médicales avec son accord ou à son initiative si sa vie, sa santé ou le bon développement du fœtus sont en danger ou si le développement du fœtus présente des défauts génétiques. L'avortement est réglementé par la loi n° 66/1986 Coll. sur l'avortement et son décret d'application n° 75/1986 Coll.

Le Comité demande des informations sur les coûts d'un avortement et s'ils sont remboursés par l'État en totalité ou en partie.

En ce qui concerne la maternité précoce, le rapport indique que le ministère de la Santé a lancé un programme visant à « améliorer la littératie en santé » en 2020 (hors période de référence), qui prévoit une « éducation visant à sensibiliser les jeunes adultes aux soins de santé reproductive et notamment à la parentalité précoce ». Le rapport ne fournit pas de données statistiques sur la maternité précoce. Par conséquent, le Comité réitère sa demande.

Le rapport fournit des informations détaillées sur la périnatalogie, la néonatalité et la santé maternelle, en particulier sur le concept des « Maisons de naissance » qui repose sur le principe de la coopération entre les professionnels de la gynécologie, de l'obstétrique et de la néonatalogie du prestataire de services de santé afin d'améliorer les soins de santé de la mère et du nouveau-né.

Le Comité observe que, selon les données Eurostat, le taux de mortalité infantile (nombre de décès de nourrissons pour 1 000 naissances vivantes) s'élevait à 2,6 en 2018 et 2019

(contre 2,5 en 2015 et 2,7 en 2010), ce qui est inférieur à la moyenne des 27 États membres de l'UE de 3,4 décès de nourrissons pour 1 000 naissances vivantes en 2019.

En ce qui concerne le taux de mortalité maternelle, le Comité note que d'après les données de la Banque mondiale, il a diminué pendant la période de référence : de 4 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2016 à 3 décès en 2017 (dernières données disponibles). Pendant les périodes de référence précédentes, le taux s'élevait à 4 décès pour 100 000 naissances vivantes (en 2015 et 2010). Le Comité constate que la moyenne de l'UE était de 6 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2016 et 2017 (dernières données disponibles).

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

En ce qui concerne le droit à la protection de la santé des personnes transgenres, en vertu de sa décision sur le bien-fondé de la réclamation n° 117/2015, le Comité a estimé que l'obligation pour les personnes transgenres de subir certaines interventions médicales, y compris la stérilisation médicale, aux fins de la reconnaissance juridique du genre, était contraire à l'article 11 de la Charte (voir *Transgender Europe et ILGA-Europe c. République tchèque*, réclamation n° 117/2015, décision sur le bien-fondé du 18 mai 2018). Il a conclu que l'opération de changement de sexe telle que requise en République tchèque pour changer d'identité de genre n'était pas nécessaire pour la protection de la santé. L'obligation imposée à une personne de subir une opération aussi importante, susceptible d'être à l'origine de problèmes de santé, ne peut être considérée comme cohérente avec l'obligation pour l'État de s'abstenir de faire obstacle à l'exercice du droit à la santé et, dans ce cas, les États doivent supprimer toute ingérence. 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. La condition assortie à la reconnaissance de l'identité sexuelle d'une personne transgenre entache le consentement libre. Une obligation de cette nature porte de ce fait atteinte à l'intégrité physique, va à l'encontre de la notion de dignité humaine et, partant, ne peut être considérée comme compatible avec le droit à la protection de la santé tel qu'il est garanti à l'article 11§1 de la Charte.

Les mesures prises par la République tchèque pour remédier aux violations constatées seront évaluées dans le cadre du suivi des réclamations collectives (voir *Résolution CM/ResChS(2018)9, Transgender Europe et ILGA-Europe c. République tchèque*, réclamation n° 117/2015, adoptée par le Comité des Ministres le 24 octobre 2018 lors de la 1328^e réunion des Délégués des Ministres et son annexe).

Le Comité a demandé, sous forme de question ciblée, des informations sur les mesures permettant de garantir un consentement éclairé aux interventions ou traitements médicaux (au regard de l'article 11§2).

D'après le rapport national, les lois relatives aux soins de santé garantissent l'égalité d'accès aux soins de santé pour toutes les personnes sans discrimination. En vertu de la loi n° 372/2011 Coll. relative aux services de santé, ceux-ci ne peuvent être dispensés que sur la base du consentement libre et éclairé du patient (les cas où de tels services peuvent être dispensés sans le consentement sont prévus par la loi).

Le Comité prend note des observations communiquées par *Forum for Human Rights*, qui mentionnent un rapport publié par le bureau du médiateur en 2019 relatif à la pratique de traitement médico-légal dans les hôpitaux psychiatriques. Dans ce rapport, le médiateur soulignait que certaines mesures portant atteinte aux droits des patients n'avaient aucun fondement juridique et entraînaient des ambiguïtés dans la mise en œuvre du traitement sans le consentement du patient. Le même rapport indique que le droit tchèque ne prévoit pas de garanties procédurales applicables dans le cas où le patient refuserait catégoriquement le traitement proposé. Le patient ne dispose donc d'aucun recours

juridique pour refuser le traitement d'office. En outre, il n'y a pas de suivi efficace à cet égard.

Le Comité prend également note des observations communiquées par *Forum for Human Rights*, *Validity Foundation* et *Inclusion Czech Republic* en ce qui concerne la prise de décisions par autrui dans le domaine des soins de santé reproductive. Il est souligné que la restriction de la capacité juridique concerne également le droit au consentement éclairé en matière de soins de santé. La loi sur les soins de santé permet de limiter la capacité d'une personne à donner son consentement éclairé et à prendre des décisions en toute autonomie en matière de santé. Les mêmes observations attirent l'attention sur l'absence d'informations accessibles sur la santé, les procédures et les traitements médicaux dans un langage compréhensible pour les personnes atteintes d'un handicap intellectuel et psychosocial, qui entrave la prestation de services de santé avec leur consentement libre et éclairé.

En réponse à ces observations, le gouvernement indique que la limitation de la capacité juridique est considérée comme une mesure de dernier recours qui ne peut être prise que pour le bien de la personne et uniquement si toutes les autres mesures moins restrictives (aide à la prise de décisions, représentation par un membre du foyer, tutelle sans limitation de la capacité juridique) ne peuvent garantir la sécurité de la personne. En ce qui concerne la question du consentement à un traitement médical, le gouvernement affirme que si la capacité juridique de la personne est limitée par le tribunal dans ce domaine, son avis doit être pris en considération et respecté autant que possible (loi n° 372/2011 Coll., article 35).

Le Comité demande des informations sur les voies de recours ouvertes au patient en cas de refus/rejet du traitement proposé. Il demande également les mesures prises pour garantir que la personne reçoive toutes les informations/explications sur le traitement, notamment les risques et les avantages, ou l'existence d'autres traitements raisonnables, dans un langage compréhensible, y compris pour les personnes atteintes d'un handicap intellectuel et psychosocial.

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 soigner les malades (au regard de l'article 11§3).

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

Le rapport indique que la République tchèque n'a pas mené d'étude évaluant l'adéquation des mesures prises pour limiter la propagation du virus dans la population ou des autres mesures mises en œuvre dans le cadre de la crise sanitaire. Le rapport précise que les mesures en question seront évaluées une fois la crise terminée.

Le rapport révèle que certains conseils municipaux de grandes villes ont pris des mesures visant à protéger les sans-abri (y compris les étrangers sans permis de séjour en République tchèque). Par exemple, la ville de Prague a réservé des capacités d'hébergement dans certains hôtels pour les personnes vivant dans la rue (pour une période de trois mois), afin de réduire le risque de transmission de la covid-19.

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'hôpital, 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 suppose que les soins de santé en cas de pandémie doivent être effectifs et abordables pour tous, et que les États doivent veiller à ce que les groupes particulièrement exposés à des risques élevés, tels que les sans-abri, les pauvres, les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes vivant en institution, les personnes détenues et les personnes en situation irrégulière, soient 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 République tchèque.

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 République tchèque 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 prend note des résultats des études de population sur la consommation de drogues et le tabagisme. Selon le rapport, le taux le plus élevé de consommation de substances illicites est observé chez les jeunes adultes de moins de 35 ans, tandis que la consommation de substances psychoactives est plus courante chez les plus de 35 ans. Les résultats actuels des études menées dans les écoles confirment la baisse de la prévalence du tabagisme, de la consommation d'alcool et de substances illicites chez les enfants et les adolescents, alors qu'il y a un renforcement notoire de la tendance à faire l'expérience de substances entraînant une dépendance chez les jeunes de 16 et 18 ans.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur l'éducation en matière de santé et sur les stratégies de prévention associées (notamment par le biais de l'autonomisation, utile pour remédier aux comportements d'automutilation, aux troubles alimentaires, à la consommation d'alcool et de drogues) au niveau de la population, tout au long de la vie ou en formation continue, et des écoles. Il souligne que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettrait d'établir que la situation de la République tchèque soit conforme à l'article 11§2 de la Charte sur ce point.

En ce qui concerne l'éducation à la santé sexuelle et reproductive, le rapport indique que le programme pour la santé reproductive découle de la Stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes pour la période 2014-2020. Le rapport signale que des Principes de politique familiale ont été adoptés par le biais de la résolution gouvernementale n° 654 du 18 septembre 2017.

Toutefois, le rapport ne fournit pas d'informations sur l'éducation à la santé sexuelle et reproductive dans les établissements scolaires. Le Comité renouvelle donc sa question. Il demande en particulier si une éducation à la santé sexuelle et reproductive est dispensée dans les écoles, et de quelle manière.

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 République tchèque soit conforme à l'article 11§2 de la Charte sur ce point.

Consultations et dépistage des maladies

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la situation de la République tchèque 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)). Dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé à être informé de l'état d'avancement de la mise en œuvre et des résultats de la réglementation relative aux examens médicaux préventifs. Il a également demandé de préciser quels groupes de population avaient droit aux examens préventifs, le type de maladies dépistées et la fréquence de ces examens en chiffres. En ce qui concerne les examens de santé gratuits pour les enfants, le Comité a demandé quelles structures étaient responsables de ces examens médicaux, leur organisation et la proportion d'élèves couverts par ces examens, en distinguant les zones urbaines et rurales. Le Comité réitère l'ensemble de ses questions.

Concernant le VIH/sida et l'hépatite C virale, le rapport indique que le diagnostic, la prévention et la prise en charge de ces maladies sont régis par les Directives méthodologiques de décembre 2016 du ministère de la Santé et par la Procédure recommandée pour la prise en charge des adultes infectés par le VIH, délivrée par la Société des maladies infectieuses de l'Association médicale tchèque JEP en juin 2019. Le Comité note que, d'après le rapport, les soins pour les personnes infectées par le VIH/sida, dispensés dans huit centres régionaux, sont intégralement remboursés par les compagnies d'assurance maladie. La prise en charge médicale, dont peuvent bénéficier toutes les personnes séropositives ayant contracté une assurance maladie, débute immédiatement après le diagnostic d'une infection par le VIH.

Le rapport indique qu'en avril 2018, la Société des maladies infectieuses a publié une Procédure sur l'administration de la prophylaxie pré-exposition (PrEP), qui préconise l'administration préventive de médicaments antirétroviraux aux individus particulièrement exposés à l'infection par le VIH. Le Comité note que, d'après le rapport, une baisse importante du coût du médicament pour la PrEP a été observée : n'étant pas remboursé par l'assurance maladie, les patients peinent à se le procurer.

Le rapport indique que même les personnes démunies ou sans domicile fixe ont accès aux soins de santé. Depuis 2019, le ministère de la Santé a mis en œuvre un projet intitulé « Élargissement de l'accès aux soins de santé et création de possibilités de soins de santé pour les sans-abri » (abrégé en « Bureau de médecins pour les sans-abri »). Celui-ci est destiné aux personnes vivant dans la rue, qui risquent de perdre leur abri ou de vivre dans des communautés en situation d'exclusion sociale. Son principal objectif est de fournir une assistance médicale aux groupes qui ne demandent pas de prise en charge médico-sociale et ne participent pas aux programmes et bilans de santé préventifs.

S'agissant des mesures contre les pseudosciences, le rapport indique qu'il n'est possible de dispenser des soins médicaux que sur la base d'une autorisation octroyée en vertu de la loi relative aux services médicaux. L'administration de soins de santé est soumise à des conditions très strictes que les prestataires de soins doivent respecter.

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 République tchèque. Il prend note également des observations présentées conjointement par le Forum pour les droits de l'homme, la fondation Validity et Inclusion-République tchèque, des observations présentées par le Forum pour les droits de l'homme et des commentaires soumis en réponse par le gouvernement tchèque.

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 République tchèque 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 indique que la prestation de soins de santé est fondée sur le principe général d'une fourniture équivalente en prison et en milieu ouvert. Le rapport précise que l'accès aux soins de santé en prison dépend des possibilités de l'administration pénitentiaire de fournir personnellement et matériellement des soins médicaux spécialisés dans la mesure requise par la législation sanitaire applicable et en tenant compte de la disponibilité des prestataires de santé hors système pénitentiaire. Les soins de santé en milieu carcéral sont dispensés dans des centres médicaux situés dans chaque prison ainsi que dans deux établissements hospitaliers accueillant des patients ayant besoin d'un traitement spécialisé. Le système pénitentiaire offre des services de conseil et de dépistage des maladies transmissibles par le sang, notamment le VIH/sida.

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 fournit des informations sur diverses activités visant à réformer la structure des soins de santé mentale en République tchèque, et notamment à développer les services de proximité. Des groupes de pilotage créés au niveau régional ont mis en œuvre des activités communes de planification et de gestion. Un réseau de centres de soins de santé mentale de proximité, qui ont pour mission de faire le lien avec les structures de prise en charge des troubles psychiatriques aigus et d'œuvrer à la réduction de la durée des hospitalisations psychiatriques, est actuellement en cours de développement. La réduction du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques est en cours. Le rapport contient les résultats provisoires de deux projets de réforme des soins de santé mentale en cours, sur la déstigmatisation et sur l'intervention précoce dans les maladies mentales graves.

Le rapport indique que des initiatives visant à améliorer les normes de soins dans les hôpitaux psychiatriques et autres services de santé mentale sont actuellement mises en œuvre, avec l'appui de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans le cadre de son Initiative pour des droits de qualité. Le rapport précise que des modules de formation sur la prévention du recours à la contention et l'utilisation de méthodes alternatives de désescalade dans les situations de crise ont été élaborés.

Le Comité note que l'étude systématique mentionnée dans le rapport et élaborée avec l'aide de l'OMS, qui porte sur la qualité des soins et le respect de la Convention relative aux droits des personnes handicapées dans les hôpitaux psychiatriques tchèques, a révélé de graves lacunes sur presque tous les points de la boîte à outils de l'OMS sur les droits de qualité. Peuvent être mentionnés notamment l'état insatisfaisant des locaux, le manque de personnel qualifié et bien formé, l'insuffisance du soutien aux usagers pour qu'ils expriment leurs préférences ou soient en mesure de prendre des décisions, et la place insuffisante accordée à l'intégration des usagers dans la société (P. Winkler *et al.*, *Adherence to the Convention on the Rights of People with Disabilities in Czech Psychiatric Hospitals: A Nationwide Evaluation Study*, *Health and Human Rights Journal*, volume 22/1, juin 2020, pp. 21- 34).

Les observations fournies conjointement par le Forum pour les droits de l'homme, la fondation Validity et Inclusion-République tchèque se divisent en trois catégories. Premièrement ces ONG signalent un recours excessif à la contention dans les établissements psychiatriques. Le Comité réserve sa position sur cette question, eu égard au fait qu'une procédure de réclamation collective ayant le même objet est en cours (réclamation n° 188/2019). Les observations mentionnent également certaines lacunes en ce qui concerne les définitions légales de la torture et des autres mauvais traitements, qui font obstacle à la poursuite des abus commis dans les établissements psychiatriques ou sociaux ; le travail inadéquat des médecins s'agissant du recueil et de la consignation des informations sur les cas de mauvais traitements ; et l'absence de contrôle effectif de la légalité de la détention et des conditions de détention dans ces établissements.

Deuxièmement, les observations font état de la lenteur du processus de désinstitutionalisation, comme en témoignent l'incapacité à mettre en place des services d'aide à la vie dans la collectivité ainsi que certaines initiatives du gouvernement visant à allouer un financement préférentiel aux services institutionnels, et de mauvaises pratiques en matière de collecte de données. Troisièmement, les observations notent le recours à la prise de décision substitutive dans le domaine des soins de santé et de la santé reproductive, aspects qui sont examinés au titre de l'article 11§1 de la Charte de 1961.

Les observations du Forum pour les droits de l'homme évoquent un rapport publié en 2019 par le Bureau du médiateur sur la pratique des traitements en hôpital psychiatrique dans un

cadre médico-légal. Ce document relève que les prises en charge sans consentement sont insuffisamment encadrées par la réglementation, notamment pour ce qui est du consentement éclairé dans le contexte d'un traitement médical non désiré. Les commentaires font également référence aux constatations du médiateur concernant des conditions matérielles inadéquates et une pénurie de personnel dans certains des établissements psychiatriques visités.

En réponse aux observations fournies, le gouvernement tchèque formule les observations suivantes. S'agissant, premièrement, des définitions légales de la torture et des autres mauvais traitements, il considère qu'elles offrent une protection suffisante et sont donc conformes aux normes internationales des droits de l'homme. Deuxièmement, le gouvernement fait observer qu'une procédure de modification de certaines dispositions réglementaires a été lancée pour résoudre les problèmes liés à la manière dont les enquêtes sur les mauvais traitements sont actuellement menées. Troisièmement, le gouvernement indique que les récentes tentatives de réforme qui auraient facilité la création de services de proximité dans le cadre du processus de désinstitutionalisation n'ont en effet pas abouti, mais que le processus se poursuit.

Le rapport établi dans le cadre du Semestre européen pour l'année 2020 indique que la réforme du système de soins en institution est au point mort, principalement en raison de la complexité de son cadre de gouvernance. Les disparités entre les régions s'accroissent pour ce qui est des services sociaux de proximité et certains services sociaux, tels les services de proximité pour les adultes et les enfants souffrant de handicaps multiples ou d'autisme, font défaut. Bien souvent, de plus, les services sociaux manquent cruellement de personnel et les personnes en poste sont mal rémunérées.

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 l'article 15§3 de la Charte révisée offre normalement la possibilité d'examiner le processus de désinstitutionalisation des personnes handicapées. Comme la Charte de 1961 ne comporte pas de disposition similaire, cette question doit être appréciée 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 désinstitutionalisation 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.

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 contient des informations sur le nombre de décès liés à la drogue intervenus en 2017 et 2018, et sur les causes de ces décès. Le nombre d'infections liées à la drogue reste relativement faible. La Stratégie nationale pour la prévention et la réduction des risques liés aux conduites addictives 2019-2027 et son plan d'action adopté en 2019 font de la réduction des risques et des dommages l'un des quatre grands domaines stratégiques de la politique du pays en matière d'addiction, les trois autres étant la prévention, le traitement et l'intégration sociale, et l'encadrement du marché et la réduction de l'offre. Le département chargé de la politique en matière de drogues a élaboré une série de recommandations pour la prestation de services d'addictologie dans le cadre de la covid-19, afin de répondre à la situation spécifique pendant la crise de la covid-19.

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 2020 établi pour la République tchèque dans le cadre du Semestre européen indique que la qualité de l'air reste un problème dans la plupart des régions tchèques. La combustion de combustibles solides dans le secteur résidentiel est la principale source de particules (PM_{2,5} et PM₁₀), mais le benzo[a]pyrène (BaP) et les composés organiques volatils sont également des sources importantes. Les émissions de SO₂ proviennent

essentiellement des secteurs de l'industrie et de la production d'électricité, qui sont à l'origine d'une grande partie des oxydes d'azote, des composés organiques volatils, des particules et des métaux lourds présents dans l'air. La plupart des grands sites de combustion utilisent encore la marge de manœuvre prévue par la directive sur les émissions industrielles pour autoriser temporairement des valeurs limites moins strictes.

Le Comité observe que le rapport ne contient pas les informations demandées. Il renouvelle donc sa demande et considère que dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la République tchèque 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 indique que la République tchèque a déjà mis au point des vaccins et qu'un partenariat a été instauré avec des centres de recherche et des établissements universitaires en vue de l'élaboration d'un vaccin contre la covid-19.

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 de la covid-19 au sein de la population (dépistage et traçage, distanciation physique et auto-isolement, fourniture de masques chirurgicaux, de produits désinfectants, etc.).

Le rapport indique qu'un bilan de ces mesures sera dressé lorsque la crise de la covid-19 sera terminée.

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

Conclusion

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

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 1 - Existence d'un système de sécurité sociale

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

Le rapport indique que les prestations sociales sont financées par le budget de l'État. Le taux des cotisations de sécurité sociale est fixé à 31,3 % de la rémunération brute (assiette des cotisations), les salariés contribuant à hauteur de 6,5 % et les employeurs à hauteur de 24,8 %.

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

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a considéré que le champ d'application personnel des prestations de la sécurité sociale était satisfaisant. Il relève dans le rapport consolidé sur l'application par la République tchèque du Code européen de sécurité sociale que, s'agissant des soins de santé, la couverture totale de la population s'élevait en 2019 à 98,6 %. Il note également que 100 % des salariés étaient couverts par les catégories de prestations correspondant à la maladie, le chômage et la vieillesse.

Caractère suffisant des prestations

D'après les données d'Eurostat, le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté, s'élevait à 417 € par mois en 2019 (soit 4 998 € par an). 40 % du revenu médian ajusté équivalait à 333 € par mois.

Prestation de vieillesse

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la situation de la République tchèque n'était pas conforme à la Charte, étant donné que le niveau minimum de la prestation de vieillesse était inférieur à 40 % du revenu médian ajusté établi par Eurostat.

Le Comité prend note des modifications apportées au régime de sécurité sociale au cours de la période de référence. En particulier, il prend note d'une série de lois portant modification de la loi relative à l'assurance pension et de la loi n° 582/1991, qui ont révisé le dispositif établissant l'âge de départ à la retraite et changé les règles d'indexation. De plus, deux mesures importantes ont été approuvées en faveur des retraités, à savoir une augmentation de la part du montant de la pension équivalant au montant de base, qui est passé de 9 à 10 % du salaire moyen, et une augmentation de la pension mensuelle de 1 000 CZK pour tous les retraités ayant atteint l'âge de 85 ans. Une augmentation extraordinaire des pensions a été mise en œuvre avec la loi n° 244/2019.

En ce qui concerne le niveau minimum de la pension, le Comité a pris en considération, dans sa précédente conclusion, le montant forfaitaire de base et le montant proportionnel versé en complément, et a considéré que le montant total de la pension minimum n'était pas adéquat étant donné qu'il était inférieur à 40 % du revenu médian ajusté. Il relève désormais dans MISSOC que les pensions ne sont assorties d'aucun minimum légal. Le montant de base (*Základní složka*, 10 % du salaire mensuel moyen) s'élevait à 3 490 CZK (133 €) par mois. Le montant proportionnel (*Procentní část*) équivalait à 770 CZK (29 €) par mois. La pension minimum (de base) n'est pas soumise à des conditions de ressources.

Le Comité prend également note de l'évolution de la pension moyenne par rapport au salaire moyen, qui représentait environ 40 % de ce dernier. Toutefois, en ce qui concerne la pension minimum, ou le montant forfaitaire de base et le montant proportionnel, le Comité note qu'elle s'élevait à 162 €.

Le Comité relève dans le rapport du Comité gouvernemental (2014) que le niveau minimum de la prestation de vieillesse n'est pas déterminé par la loi. Les personnes recevant une faible pension (inférieure à 3 500 CZK) ne représentaient que 0,6 % des pensionnés. Le

régime de pensions tchèque dépendait du versement de primes, et les personnes ne disposant pas d'un niveau de pension suffisant pouvaient compléter cette dernière par des prestations et aides sociales non contributives.

Le Comité rappelle à cet égard qu'afin d'assurer une protection effective de tous les membres de la société contre les risques sociaux et économiques, les États doivent maintenir leurs régimes de sécurité sociale. Les régimes de sécurité sociale doivent préserver un régime de base obligatoire suffisamment complet. Les modifications apportées au système ne doivent pas le transformer en un simple système d'assistance sociale (Observation interprétative, Conclusions XIV-1).

Le Comité est conscient que dans certaines situations, les prestations minimales de sécurité sociale servies dans le cadre du système contributif en fonction de la durée et du montant des cotisations versées peuvent être complétées par des prestations non contributives dans le cadre du système d'assistance sociale. Ces compléments visent souvent à faire en sorte que le revenu total obtenu par le biais du système de sécurité sociale contributif ne soit pas inférieur au revenu garanti établi par la législation.

Cependant, le Comité rappelle que lorsque le montant minimum des prestations servies en remplacement des revenus est inférieur à 40 % du revenu médian ajusté (ou de l'indicateur du seuil de pauvreté), son cumul avec d'autres prestations d'assistance sociale ne rend pas la situation conforme à l'article 12§1 de la Charte. Lorsque le montant des prestations servies en remplacement des revenus se situe entre 40 % et 50 % du revenu médian ajusté, le Comité prend également en considération, le cas échéant, les prestations d'assistance sociale.

Pour cette raison, dans son appréciation de la situation, le Comité prend seulement en considération le montant forfaitaire de base et le montant proportionnel versé en complément. Il considère qu'étant donné que le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté établi par Eurostat, s'élevait à 417 € en 2019, le montant minimum de la pension est manifestement insuffisant.

Prestation de chômage

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que le niveau minimum de la prestation de chômage était manifestement insuffisant étant donné qu'il était inférieur à 40 % du revenu médian ajusté.

À cet égard, il relève dans le rapport que le montant des prestations de chômage en République tchèque dépend du revenu mensuel moyen net que percevait le demandeur au titre du dernier emploi occupé avant son inscription au registre des demandeurs d'emploi. Le montant des prestations de chômage est déterminé par un pourcentage égal à 65 % du revenu mensuel moyen net pour les deux premiers mois de la période d'indemnisation, à 50 % durant les deux mois suivants, et à 45 % pour le reste de la période d'indemnisation. Au cours de la période de référence, le cadre législatif établissant les conditions relatives à la détermination du montant des prestations de chômage est resté identique.

Le Comité note que le rapport ne contient pas d'informations sur le montant minimum des prestations de chômage. Il constate que le salaire minimum s'élevait à 13 350 CZK (520 €) en 2019. Par conséquent, il note que le montant minimum des prestations de chômage, qui correspond à 65 % du salaire minimum, s'élevait à 340 €. Pour le reste de la période d'indemnisation, le montant minimum des prestations de chômage versées aux demandeurs qui percevaient le salaire minimum était inférieur à 40 % du revenu médian ajusté. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations concernant le salaire minimum et toutes les prestations supplémentaires qui seraient versées à une personne seule qui percevait le salaire minimum et reçoit maintenant une prestation de chômage. Entre-temps, il réserve sa position sur la question du montant minimum de la prestation de chômage.

En outre, s'agissant de la prestation de chômage, le Comité rappelle que le caractère suffisant de cette prestation est déterminé, entre autres, par l'existence d'une période initiale raisonnable pendant laquelle le chômeur peut refuser un emploi ou une formation qui ne correspond pas aux compétences professionnelles qu'il a acquises antérieurement, sans perdre ses droits aux prestations de chômage. Il demande si la législation prévoit une telle période raisonnable.

Prestations de maladie et de maternité

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que le niveau minimum de la prestation de maladie était manifestement insuffisant.

Il relève dans le rapport que les prestations suivantes sont versées au titre du régime d'assurance maladie :

- prestations de maladie ;
- prestation de maternité ;
- prestation versée au père lors du congé postnatal (« indemnité de paternité ») ;
- allocation pour soins constants ;
- allocation pour soins constants de longue durée, prestation compensatoire durant la grossesse et la maternité.

En ce qui concerne les modifications apportées au cours de la période de référence, le Comité prend note de la mise en place de la prestation versée au père lors du congé postnatal (« indemnité de paternité ») – loi n° 148/2017 portant modification de la loi n° 187/2006 sur l'assurance maladie, avec effet au 1^{er} février 2018. Le montant de la prestation est égal à 70 % de la base d'évaluation journalière réduite.

Par ailleurs, au cours de la période de référence, le montant des limites de réduction pour le calcul des prestations relevant de l'assurance maladie a été ajusté selon l'évolution du salaire nominal moyen. Avec effet au 1^{er} janvier 2019, le seuil de revenu pour la participation à l'assurance maladie est passé de 2 500 CZK à 3 000 CZK par mois.

En ce qui concerne le niveau minimum de la prestation de maladie, le Comité relève dans MISSOC qu'il n'existe aucune prestation minimum. Cependant, il y a de facto un niveau minimum, car les salariés percevant moins de 3 000 CZK (114 €) par mois ne peuvent être assurés au titre du régime de l'assurance maladie. Le Comité demande quel est le montant de la prestation de maladie, qui est versée à une personne qui percevait le salaire minimum. Entre-temps, il réserve sa position sur la question du montant minimum de la prestation de maladie.

Le Comité demande que le prochain rapport indique les niveaux minima des prestations d'invalidité et de maternité.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de République tchèque n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte de 1961 au motif que le niveau minimum de la prestation de vieillesse est manifestement insuffisant.

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 2 - Maintien d'un régime de sécurité sociale à un niveau satisfaisant, au moins égal à celui nécessaire pour la ratification de la Convention internationale du travail n° 102

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

Le Comité rappelle que la République tchèque a ratifié le Code européen de sécurité sociale le 8 septembre 2000, et en a accepté les parties II-V et VII-X.

Le Comité relève dans la Résolution CM/ResCSS(2020)3 du Comité des Ministres sur l'application du Code européen de sécurité sociale par la République tchèque (période du 1^{er} juillet 2018 au 30 juin 2019) que la législation et la pratique de la République tchèque continuent à donner pleinement effet aux parties du Code qui ont été acceptées. Dès lors, la République tchèque maintient un régime de sécurité sociale qui satisfait aux normes de la Convention n° 102 de l'OIT.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République tchèque est conforme à l'article 12§2 de la Charte de 1961.

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 République tchèque.

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 République tchèque était conforme à l'article 12§3 de la Charte de 1961 (Conclusions XX-2 (2013)). Il limitera donc son examen aux réponses du Gouvernement aux deux questions ciblées, à savoir :

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

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

Travailleurs des plateformes numériques

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

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

Dans son rapport, le Gouvernement indique que le système d'assurance vieillesse est universel, c'est-à-dire que les différents groupes d'assurés (salariés, indépendants, fonctionnaires, etc.) sont régis par la même législation, et que le système d'assurance maladie est basé sur le principe de l'unité pour tous les groupes de travailleurs rémunérés (à l'exception des membres des forces armées et des forces de sécurité). En d'autres termes, aucune condition spécifique n'est prévue pour l'octroi de prestations de l'assurance vieillesse et de l'assurance maladie aux personnes employées ou dont le travail est géré par des plateformes numériques. Le Gouvernement ajoute qu'en 2019, 100 % des salariés (soit environ 4,6 millions de personnes) étaient couverts par l'assurance vieillesse et l'assurance

maladie ; quant aux travailleurs indépendants, 702 432 étaient affiliés à l'assurance vieillesse et 94 792 (sur une base volontaire) à l'assurance maladie.

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

Covid-19

En réponse à la seconde question, le Gouvernement détaille les mesures qui ont été prises en 2020 dans les domaines des assurances sociales, des prestations sociales sans condition de ressources, des services sociaux et du soutien à l'emploi dans le but de compenser ou d'atténuer l'impact négatif de la crise liée à la covid-19.

Le Gouvernement indique notamment qu'en matière d'assurances sociales, le système d'assurance maladie existant a couvert les assurés placés en quarantaine ou se trouvant dans l'incapacité temporaire de travailler en raison de la pandémie. De plus, le cadre juridique a été amendé aux fins d'étendre la liste des cas d'octroi de l'allocation de présence (e.g. salariés s'occupant d'enfants qui ne peuvent pas fréquenter les établissements préscolaires, les établissements scolaires, les établissements spécialisés ou d'autres établissements d'accueil journalier ou hebdomadaire suite à la fermeture/réduction de la capacité d'accueil de ces établissements) et d'augmenter le montant de cette allocation (période du 1^{er} avril au 30 juin 2020 ; cf. loi n° 133/2020). D'autres amendements ont porté sur le paiement des cotisations de sécurité sociale (e.g. de mars à août 2020, les travailleurs indépendants ont été exonérés du paiement des avances sur les cotisations de l'assurance vieillesse et sur les contributions à la politique publique en matière d'emploi ; cf. loi n° 136/2020).

Concernant les prestations sociales sans condition de ressources, des dispositions ont été prises pour simplifier les procédures et réduire les contacts physiques avec les antennes régionales du Bureau du travail (e.g. la loi n° 160/2020 a simplifié les preuves à fournir pour recevoir les allocations et, ainsi, prolongé de trois mois (du premier trimestre au deuxième trimestre 2020) le droit aux allocations familiales et aux allocations de logement). De plus, la crise liée à la covid-19 a été reconnue comme une « urgence grave » au sens de la loi n° 111/2006 sur l'assistance en cas de besoin matériel, ce qui a permis d'accorder des aides financières en application de cette loi.

Dans le domaine des services sociaux, le ministère du Travail et des Affaires sociales a mis en place des programmes d'aides extraordinaires pour financer les montants engagés par les prestataires de services sociaux pour couvrir l'augmentation des dépenses et des dommages liés aux mesures introduites en lien avec la pandémie (e.g. contributions pour compenser l'augmentation des dépenses de fonctionnement et la baisse des revenus suite à l'adoption des mesures de quarantaine, d'urgence et de crise).

Enfin, pour soutenir l'emploi, le Gouvernement a, *inter alia*, versé jusqu'à la fin du mois d'octobre 2020 des contributions de compensation salariale aux entreprises impactées par les restrictions imposées en raison de la pandémie (programme « Antivirus »).

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la République tchèque est conforme à l'article 12§3 de la Charte de 1961.

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

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

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

Egalité de traitement et conservation des avantages acquis (article 12§4a)

Droit à l'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 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§4a 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.

Le Comité demande si l'égalité de traitement des ressortissants d'autres Etats parties résidant légalement en République tchèque est assurée tant en ce qui concerne l'accès au système de sécurité sociale que les conditions d'ouverture du droit aux prestations.

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

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

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

Le Comité se limitera à déterminer à l'aune de l'article 12§4a de la Charte si les allocations pour enfants à charge sont versées pour les enfants résidents originaires d'un autre État

partie au même titre que pour les nationaux, assurant ainsi l'égalité de traitement de tous les enfants qui résident dans le pays. À l'aune de l'article 16, il examinera la question de l'égalité d'accès des familles aux prestations familiales et cherchera à déterminer si la législation impose aux familles une durée obligatoire de résidence pour l'octroi des allocations pour enfants à charge.

À cet égard, il relève dans le rapport que les ressortissants d'autres États membres ont droit aux allocations familiales, qu'un accord bilatéral ait été conclu ou non entre la République tchèque et l'État membre en question. Le Comité donc considère que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Droit à la conservation des avantages acquis

Le Comité note que la situation n'a pas changé en ce qui concerne le droit à la conservation des avantages acquis.

Le Comité rappelle que les prestations de vieillesse et d'invalidité, les pensions de réversion et les rentes d'accident 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. Il demande quelle base juridique garantit l'exportabilité des prestations de vieillesse et d'invalidité et les pensions de réversion, ainsi que la coordination internationale en matière de sécurité sociale avec les États n'appartenant pas à l'Espace économique européen (EEE).

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 sans avoir accompli la période d'emploi ou d'assurance nécessaire en vertu 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 pro rata 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. Ceux qui ont ratifié la Convention européenne de sécurité sociale sont présumés avoir fait suffisamment d'efforts pour assurer le maintien de ces droits.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a jugé la situation de la République tchèque non conforme à la Charte de 1961 au motif qu'aucun accord bilatéral ou multilatéral n'avait été conclu avec l'Albanie, l'Andorre, l'Arménie, l'Azerbaïdjan, la Géorgie et la République de Moldova.

Le Comité note dans le rapport que des accords bilatéraux ont été signés avec l'Albanie et la Moldavie. En ce qui concerne l'Azerbaïdjan, il est en cours et pour l'Arménie et la Géorgie, les négociations ont été suspendues pour des raisons d'impréparation et de réformes en cours dans les systèmes nationaux. Le Comité demande comment le maintien des droits acquis est assuré pour les ressortissants des États parties avec lesquels aucun accord pertinent n'a été conclu.

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 République tchèque.

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 (2013), le Comité a conclu que la situation en République tchèque n'était pas conforme à l'article 13§1 de la Charte de 1961 au motif qu'il n'était pas établi que le niveau d'assistance sociale était adéquat et que la législation tchèque permettait le retrait du permis de séjour aux ressortissants étrangers en situation de besoin matériel. 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 a noté précédemment (Conclusions XIX-2, et Conclusions XX-2, 2013) que la loi sur l'aide en cas de besoin matériel (loi n° 111/2006) prévoit des prestations de soutien minimales garanties aux personnes dont le revenu est faible et ne peut être amélioré par le travail, l'utilisation de biens et d'autres demandes prioritaires. Le Comité a demandé de préciser dans quelles circonstances sont respectivement appliqués le minimum vital et le minimum de subsistance.

Le Comité note que, selon le MISSOC, il existe trois prestations : l'allocation de subsistance (*Příspěvek na živobytí*), une prestation récurrente fournie à une personne ou à une famille en cas de revenus insuffisants pour assurer les besoins de base (à l'exception des besoins liés au logement) ; le supplément pour le logement (*Doplatek na bydlení*), une prestation récurrente fournie à une personne ou à une famille en cas de revenus insuffisants pour couvrir les frais de logement justifiés ; et l'aide immédiate extraordinaire (*Mimořádná okamžitá pomoc*), une prestation unique fournie aux personnes en situation précaire. Les montants sont basés sur le minimum vital (*Životní minimum*) et le minimum de subsistance (*Existenční minimum*) et varient en fonction des revenus, des efforts et du statut personnel du demandeur. Le niveau du minimum vital est plus bas, couvrant à peine les besoins les plus essentiels, et s'applique si les bénéficiaires des prestations n'exploitent pas toutes les possibilités d'augmenter leurs revenus par leurs propres moyens. L'objectif est d'encourager les bénéficiaires à chercher un emploi au lieu de dépendre de l'aide publique.

Le Comité a également demandé dans sa précédente conclusion en 2013 de préciser dans quelle mesure l'aide sociale est réduite/suspendue dans les cas soumis à la condition de s'inscrire à l'agence pour l'emploi, de rechercher activement un emploi, d'accepter tout

emploi (même de courte durée ou moins rémunéré), de participer à des programmes d'emploi actifs, à des travaux publics, à des services publics, etc. Selon le MISSOC, les personnes refusant de participer ne recevront pas de prestations pendant 3 mois. L'aide peut également être suspendue pendant trois mois pour les personnes qui n'assurent pas la fréquentation scolaire obligatoire de leurs enfants.

Le Comité rappelle que la réduction ou la suspension des prestations d'aide sociale ne peut être conforme à la Charte que si elle ne prive pas la personne concernée de ses moyens de subsistance et demande au prochain rapport de fournir toutes les données statistiques pertinentes concernant les cas de suspension/réduction de l'aide, d'indiquer si l'aide d'urgence (nourriture, vêtements, logement) reste disponible même en cas de suspension des prestations régulières d'aide sociale et si des recours effectifs sont disponibles pour faire appel des décisions de suspension ou de réduction de l'aide. Le Comité considère donc qu'aucun moyen de subsistance ne reste à la disposition des personnes dont l'aide sociale est supprimée à titre de sanction pour avoir refusé une offre d'emploi ou autre et que cette situation n'est pas conforme à la Charte de 1961.

En ce qui concerne l'assistance médicale, le Comité note du MISSOC que les soins de santé sont fournis à tous les assurés et que les cotisations d'assurance maladie pour les personnes dans le besoin sont payées par l'État. Les personnes dans le besoin ne sont pas exemptées du ticket modérateur (qui ne s'applique qu'aux médicaments et aux appareils médicaux), mais elles ne paient pas les frais réglementaires pour les soins de santé fournis en cas d'urgence.

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), les montants mensuels du minimum vital (*Životní minimum*) sont pour une personne seule de : 3 410 CZK (134 €). Le montant mensuel du minimum vital (*Existenční minimum*) est de 2 200 czk (86 €).
- Prestations supplémentaires : selon le MISSOC, une allocation de logement peut être accordée si elle est inférieure aux coûts normatifs du logement fixés par la loi, qui sont en outre différenciés en fonction du type de logement (location, coopérative, appartement occupé par le propriétaire), de la taille de la municipalité et du nombre de membres de la famille. Le montant de l'allocation de logement pour un mois civil est calculé comme la différence entre les coûts normatifs du logement et le revenu déterminant de la famille, multipliée par un coefficient de 0,30 (0,35 à Prague).
- 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 417 € 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'il n'y avait pas des questions ciblées sur le droit de recours et aide judiciaire. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations à cet égard.

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 (conclusion 2013), le Comité a reporté son avis sur la question de savoir si la situation était conforme à l'article 13§1 de la Charte de 1961 dans la mesure où les ressortissants d'autres États parties étaient soumis à une condition de durée de résidence excessive pour pouvoir bénéficier de l'aide sociale. Le rapport ne fournit pas de réponse spécifique sur cette question. Le Comité note que, selon le MISSOC, l'assistance sociale est garantie aux résidents permanents (ce qui implique 5 ans), aux personnes qui ont obtenu l'asile et autrement aux citoyens de l'UE après 3 mois de résidence en République tchèque et aux travailleurs migrants et aux membres de leur famille en vertu du règlement de l'UE 492/2011. Le Comité observe qu'il existe un droit explicite pour les ressortissants de l'UE et les membres de leur famille, mais qu'il n'y a pas de référence explicite aux ressortissants des États parties à la Charte sociale. Aucune information sur les statistiques et les modalités de cet accès, à l'exception du régime spécial applicable aux mineurs. Dans ces circonstances, le Comité reporte à nouveau sa conclusion et demande au prochain rapport de fournir des statistiques sur l'accès des étrangers à l'assistance sociale et médicale en vertu de la Charte sociale européenne. Si le prochain rapport ne fournit pas ces informations, rien ne permettra d'établir que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Dans ses précédentes conclusions (Conclusions 2009 et 2013), le Comité avait considéré non conforme à la Charte le fait de retirer un permis de séjour au seul motif que la personne représente une "charge déraisonnable" pour le système d'aide sociale. Selon le rapport, cette disposition a été abrogée le 31 décembre 2011 et depuis, il n'est plus possible de retirer un titre de séjour pour ce motif. Le Comité demande au prochain rapport de fournir des informations plus précises sur le nombre d'étrangers dans cette situation et l'accessibilité aux droits d'assistance sociale. Dans l'intervalle, il réserve sa position sur ce point.

Ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire

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

Le rapport fait référence aux personnes présentes en République tchèque de manière illégale et au fait qu'elles peuvent bénéficier d'une assistance immédiate extraordinaire en raison d'une atteinte grave à la santé (une prestation unique du système d'assistance en cas de besoin matériel). La prestation peut être fournie jusqu'à un montant qui complète le revenu de la personne jusqu'au minimum vital ; dans le cas d'un enfant, jusqu'au minimum vital. Le Comité demande au prochain rapport de fournir des informations détaillées sur cet aspect. Dans l'intervalle, il considère que la situation est conforme à la Charte.

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

Le rapport ne fait pas référence à une quelconque mesure spécifique prise au titre de l'article 13 pour soulager la pandémie de la covid-19. Le Comité réitère sa demande que le prochain rapport produise des informations détaillées sur les mesures spécifiques prises concernant la pandémie de la covid-19 en matière d'assistance médicale et sociale.

Conclusion

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

- le droit à l'assistance sociale pour toutes les personnes dans le besoin n'est pas garanti, car il peut être retiré en tant que sanction pour avoir refusé une offre d'emploi ou ne pas s'être inscrit auprès d'un office de l'emploi ;
- le niveau de l'assistance sociale est manifestement 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 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 prend note des informations contenues dans le rapport soumis par la République tchèque.

Le Comité rappelle que l'article 13§3 concerne les services gratuits de conseil et d'aide personnelle nécessaires pour prévenir, supprimer ou atténuer les besoins personnels ou familiaux. Il rappelle également qu'aux fins du présent rapport, il a été demandé aux États de répondre aux questions ciblées posées au titre de l'article 14§1 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 »). Toutefois, aucune question ciblée n'a été posée en ce qui concerne l'article 13§3 de la Charte de 1961. Le Comité a reporté sa précédente conclusion (Conclusions XXI-2 (2017)). Il limitera donc son examen aux réponses du gouvernement à sa précédente demande d'informations complémentaires pertinentes.

Le Comité a précédemment considéré qu'il avait besoin d'informations plus complètes afin d'établir que, en théorie et en pratique, les ressortissants étrangers des États parties à la Charte ont droit à un accès égal aux services de conseil et d'assistance personnelle, sans être soumis à une condition de résidence excessive. Il note que cet aspect est examiné en profondeur au titre de l'Article 14§1 de la Charte de 1961 et renvoie à sa conclusion en vertu de cette disposition.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République tchèque est conforme à l'article 13§3 de la Charte de 1961.

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 République tchèque.

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 République tchèque n'était pas conforme à l'article 13§4 de la Charte de 1961 au motif qu'il n'était pas établi que l'aide sociale d'urgence était accessible à tous les ressortissants étrangers non-résidents d'autres États parties, quel que soit leur statut. 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 demande au prochain rapport de confirmer que ces exigences sont satisfaites.

Le Comité a reporté sa conclusion au titre de l'article 13§1 concernant l'accès à l'assistance sociale aux ressortissants étrangers légalement présents sur le territoire. Le rapport indique que les citoyens étrangers non-résidents et les étrangers en situation irrégulière qui sont dans le besoin, conformément à la réglementation nationale applicable, peuvent bénéficier d'une assistance immédiate extraordinaire en raison d'une grave atteinte à la santé (prestation unique du système d'assistance en cas de besoin matériel). La prestation peut être fournie jusqu'à un montant qui complète le revenu de la personne jusqu'au minimum vital ; dans le cas d'un enfant, jusqu'au minimum vital. Le rapport ne donne pas d'autres précisions sur l'accès à une assistance sociale. Le Comité demande donc au prochain rapport de clarifier cette situation, notamment si toute personne dans le besoin peut accéder à l'aide sociale d'urgence et de préciser si l'accès aux soins de santé est gratuit. En attendant, il réserve sa position.

Conclusion

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

Article 14 - Droit au bénéfice des services sociaux

Paragraphe 1 - Encouragement ou organisation des services sociaux

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

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.

Dans sa conclusion précédente, dans l'attente d'informations plus détaillées, le Comité a réservé sa position quant à la question de savoir si les ressortissants d'autres États parties bénéficiaient d'un accès égal aux services sociaux (Conclusions XX-2).

Selon le rapport, conformément à l'article 4.2 de la loi relative aux services sociaux, sont admis au bénéfice des services sociaux les étrangers qui ne résident pas à titre permanent en République tchèque et auxquels ce droit est garanti par un accord international faisant partie intégrante du droit interne. Ceci englobe la Charte sociale européenne. Le rapport indique également que les ressortissants des Parties contractantes à la Charte peuvent être titulaires d'autres types de titres de séjour, énumérés à l'article 4 de la loi relative aux services sociaux, qui ouvrent droit à l'allocation de soins. En outre, les citoyens européens qui migrent au sein de l'Union sont protégés par un accord directement applicable en termes de droit à l'égalité de traitement, y compris pour les prestations de longue durée, comme l'allocation de soins (Règlement (CE) n° 883/2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale). Le Comité constate que l'information fournie ne suffit pas à démontrer que les ressortissants d'autres États parties résidant légalement ou travaillant régulièrement en Serbie ont droit au bénéfice des services sociaux au même titre que les nationaux. Dans l'hypothèse où tel ne serait pas le cas, les restrictions appliquées (condition de durée de résidence par exemple) ne sont pas précisées. Partant, le Comité considère qu'il n'est pas établi que la situation soit conforme à la Charte sur ce point.

Le Comité renvoie à ses conclusions précédentes pour une description du système de contrôle de la qualité (Conclusions XX-2). Le rapport indique que durant la pandémie de covid-19, l'impératif de protection des usagers et des travailleurs a entraîné une fermeture progressive de certains services sociaux, en fonction de l'évolution de la situation. Face au chaos organisationnel, le gouvernement (ministère du Travail et des Affaires sociales) s'est attaqué aux problèmes : outre l'adaptation des procédures, il a mis en place des mesures spécifiques liées à la crise sanitaire. Pour les services sociaux confrontés à une pénurie de personnel, le ministère a prévu la possibilité de faire appel à des étudiants en sciences sociales et a alloué des subventions extraordinaires à cette fin.

Le Comité rappelle que le droit au bénéfice des services sociaux que prévoit l'article 14§1 fait obligation aux Parties de mettre en place un ensemble de services sociaux permettant d'atteindre ou de préserver un niveau de bien-être et de résoudre d'éventuels problèmes d'adaptation sociale (Conclusions 2005, Bulgarie). Selon le rapport, durant la pandémie les

mesures prises ont permis aux services sociaux, spécialement les services d'aide et d'accompagnement, de se concentrer essentiellement sur le portage de repas à domicile et les livraisons de courses et de médicaments pour les personnes âgées, les personnes handicapées ou d'autres personnes en état de besoin. Il a également été tenu compte de certains besoins spécifiques d'usagers des services sociaux tels que les personnes autistes, les personnes ayant une capacité juridique limitée et les enfants.

Le rapport indique en outre que pendant l'état d'urgence sanitaire, les activités des institutions et organes agréés pour assurer le contrôle de la prestation de services sociaux n'ont pas fait l'objet de restrictions. Ces organismes pouvaient accéder – en respectant toutes les mesures de prévention – à tous les lieux de privation de liberté, y compris les endroits où des personnes étaient mises en quarantaine.

En réponse aux questions du Comité concernant des mesures spécifiques prises dans l'éventualité de futures crises de ce type, le rapport indique que des travaux ont été entrepris en vue de l'élaboration de lignes directrices à l'intention des régions et communes pour assurer la protection des enfants et garantir leurs droits, quelle que soit leur situation. Le Comité demande que le prochain rapport contienne davantage d'informations sur les mesures prises ou envisagées pour définir une stratégie d'ensemble pour les services sociaux et/ou mettre en place le maillage nécessaire au cas où une nouvelle pandémie surgirait.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République tchèque n'est pas conforme à l'article 14§1 de la Charte de 1961 au motif qu'il n'est pas établi que l'égalité d'accès aux services sociaux soit garantie aux ressortissants de tous les États parties qui résident légalement sur le territoire.

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 République tchèque.

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

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

Le rapport précise qu'en vertu de la loi relative aux services sociaux, les services sociaux relèvent de la compétence des régions. Les régions sont chargées de diffuser des informations sur les possibilités et les manières de fournir des services sociaux sur leur territoire et d'élaborer un plan à moyen terme pour le développement des services sociaux en coopération avec les communes, les représentants des prestataires de services sociaux et les représentants des usagers. La région contrôle et évalue ensuite la mise en œuvre des plans de développement des services sociaux avec la participation des représentants des communes, des prestataires de services sociaux et des usagers. Elle coopère également avec d'autres communes, régions et prestataires de services sociaux pour faciliter l'assistance aux personnes et pour servir d'intermédiaire entre prestataires et usagers. La loi relative aux services sociaux dresse la liste des obligations des prestataires de services sociaux. Le ministère du Travail et de l'Assistance sociale suit et contrôle les résultats obtenus par l'administration publique dans le domaine des services sociaux. Le Comité demande quelles mesures, outre les mesures législatives, ont été adoptées ou envisagées pour encourager la participation des usagers aux services sociaux, et comment il est fait en sorte que les principes d'égalité, de diversité, d'accessibilité et de réciprocité soient respectés.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la République tchèque est conforme à l'article 14§2 de la Charte de 1961.

Article 4 du Protocole additionnel de 1988 - Droit des personnes âgées à une protection sociale

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la République tchèque. Il prend également note des commentaires soumis en commun par le *Forum for Human Rights, Validity Foundation* et *Inclusion Czech Republic* le 1 juillet 2021 et les commentaires en réponse soumis par les autorités tchèques le 25 août 2021.

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

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

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

Le Comité a précédemment conclu que la situation n'était pas conforme au motif que le niveau des pensions minimales était manifestement insuffisant et que, pendant la période de référence, il n'existait pas de législation interdisant la discrimination fondée sur l'âge en dehors de l'emploi (Conclusions 2013).

Autonomie, inclusion et citoyenneté active

Cadre législatif

Le Comité rappelle que l'article 4 du Protocole additionnel 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 4 du Protocole additionnel 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 4 du Protocole additionnel 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 4 du Protocole additionnel en conjonction avec le préambule.

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 4 du Protocole additionnel exige par ailleurs que les États parties prévoient une procédure d'assistance à la prise de décision.

Le Comité a précédemment conclu que la situation n'était pas conforme à l'article 4 du Protocole additionnel au motif que, pendant la période de référence, il n'existait pas de législation interdisant la discrimination fondée sur l'âge en dehors de l'emploi (Conclusions 2013). Toutefois, il a précédemment constaté que la loi anti-discrimination (loi n° 198 de 2009 relative à l'égalité de traitement et à la protection juridique contre la discrimination), telle que modifiée par la loi n° 89 de 2012, garantit le droit à l'égalité de traitement et la protection contre la discrimination fondée sur l'âge dans des domaines tels que la sécurité sociale, l'accès aux soins de santé et la délivrance de ces soins, l'accès à l'éducation et l'offre en la matière ainsi que l'accès du public aux biens et services, y compris le logement. Par ailleurs, la loi n° 372/2011 relative aux services de santé interdit expressément la discrimination dans l'accès aux services de santé en raison de l'âge (Conclusions 2013). Le Comité estime que la situation est désormais conforme à la Charte en la matière.

Le Comité a aussi précédemment demandé des informations pour savoir s'il existait une procédure d'assistance à la prise de décision mise en place pour les personnes âgées (Conclusions 2013). Aucune information n'est fournie sur ce point.

La coalition d'ONG déclare que les autorités nationales n'ont rien fait pour promouvoir les mécanismes d'aide à la prise de décision.

En réponse, les autorités nationales renvoient à la loi relative à l'assistance dans la prise de décision (Loi n° 89/2012 Coll., Code civil, article 45), autorisant une personne qui a besoin d'assistance pour la prise de décision à en bénéficier, même si sa capacité juridique n'a pas été limitée et à la loi relative à la représentation par un membre de la famille (Loi n° 89/2012 Coll., Code civil, article 49), autorisant une personne qui a besoin d'assistance à être représentée par un membre de sa famille (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux/épouse ou partenaire, ou une personne ayant vécu avec la personne représentée dans un foyer commun avant la mise en place de la représentation pendant au moins trois ans).

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur l'assistance à la prise de décision.

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'imisce le moins possible dans ses souhaits et ses droits (Observation interprétative 2013).

Prévention de la maltraitance des personnes âgées

S'agissant de la prévention de la maltraitance des personnes âgées, le Comité constate d'après le rapport qu'en vertu du Programme national de préparation au vieillissement des générations 2013-2017, des mesures ont été prises, entre autres, pour poursuivre et analyser les statistiques sur la violence contre les personnes âgées, pour mettre en place une coopération avec le secteur à but non lucratif afin d'accroître la sensibilisation au problème de la maltraitance, de la négligence et des violences à l'encontre des personnes âgées et de proposer une formation aux juges, aux procureurs, aux hauts fonctionnaires, aux policiers, au personnel médical, aux travailleurs sociaux et au personnel infirmier. En outre, un Cadre stratégique pour la préparation au vieillissement des générations 2020-2025 a été approuvé en 2020 (hors période de référence). Un plan de suivi de la mise en œuvre doit être adopté, qui prévoira en détail les mesures concrètes à prendre. Un chapitre consacré à « une vie sûre pour les seniors, la lutte contre la discrimination, les violences et les « charlatans » et la protection accrue des consommateurs » propose des mesures pour aider les services de prévention concernant la criminalité visant les personnes âgées, ainsi que pour accroître la sensibilisation à propos de leurs droits humains et leurs droits en tant que consommateurs, renforcer leur résilience aux pratiques commerciales déloyales et trompeuses ou aux pratiques discriminatoires, et les informer des risques des services sociaux proposés de manière illégale ou des risques découlant de services sociaux dispensés par des prestataires non agréés. Le cadre juridique et la situation de facto dans les soins et la prise en charge des personnes âgées en termes de prévention et de protection contre les traitements irrespectueux, la maltraitance et la négligence seront par ailleurs analysés.

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 4 du Protocole additionnel de 1988 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.

Selon la coalition d'ONG, le nombre d'établissements résidentiels a continué d'augmenter durant la période de référence, bien que le nombre de résidents soit resté stable. La coalition d'ONG déclare que toutes les politiques en cours se concentrent sur la nécessité de développer d'autres solutions au sein de la collectivité et sur le soutien des aidants informels mais n'incluent pas comme objectif l'élimination progressive des institutions existantes ni l'arrêt de la construction de nouveaux établissements de ce type ou l'agrandissement de ceux qui existent déjà.

Par ailleurs, selon la coalition, les autorités nationales encouragent l'institutionnalisation comme stratégie principale pour l'assistance aux personnes âgées dans leurs dotations budgétaires. Ainsi, en 2020, le ministère du Travail et des Affaires sociales a décidé d'allouer plus de 753 millions de CZK (€29,62 millions) pour accroître « les capacités, la qualité de l'environnement et les services » des établissements pour personnes âgées. Le montant représente 82,5 millions de CZK (€2,25 millions) de plus que l'année précédente et augmentera les capacités des établissements pour personnes âgées de 1 174 lits.

En réponse, les autorités nationales déclarent que, durant la première phase de désinstitutionnalisation, les services sociaux pour personnes handicapées se voient octroyer la priorité par rapport aux services du groupe cible des personnes âgées. Cependant, la diminution des soins en institution pour les personnes âgées a aussi commencé à être mise en œuvre. Le Programme opérationnel régional intégré et le Plan national de relance incluent déjà un soutien aux personnes âgées, essentiellement grâce à la création de structures de jour ou de proximité qui apportent une aide aux personnes âgées dans leur environnement naturel ou dans des logements indépendants encadrés, où ils bénéficient d'une chambre individuelle et de sanitaires séparés.

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 4 du Protocole additionnel de 1988, 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 rappelle sa précédente conclusion dans laquelle il indiquait que le ministère du Travail et des Affaires sociales cherchait à désinstitutionnaliser et à humaniser les services de protection sociale en facilitant le passage des services sociaux institutionnels vers d'autres types de services fournis dans la collectivité (Conclusions 2013).

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 prend acte des informations que contient le rapport sur la proportion des structures de jour pour personnes âgées gérées par les autorités locales et d'autres

prestataires. Il constate que ces services peuvent être payants et que le montant maximal des frais pouvant être demandé est défini par la loi.

Les normes relatives à ces services, indépendamment de leur prestataire, sont fixées dans la législation, qui exige aussi qu'un mécanisme de plaintes soit mis en place.

L'inspection des services sociaux contrôle les normes applicables à ces services et peut imposer une amende si elles ne sont pas respectées.

Le rapport fournit des informations sur les allocations de soins (sans conditions de ressources). Cette allocation a pour but, sur la base d'une évaluation des besoins, de permettre à une personne d'acheter les « services » d'un professionnel ou d'un non-professionnel afin de rester dans son environnement familial. Le montant à payer dépend du degré de la dépendance.

Une nouvelle législation sur les services sociaux a été adoptée en 2020 (hors période de référence). 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 demande quel soutien est mis à la disposition des aidants informels.

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

Logement

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

Soins de santé

Le Comité prend acte de l'adoption d'un Plan d'action national sur la maladie d'Alzheimer et autres maladies similaires 2020-2030.

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

Le Comité rappelle que la pandémie a eu des effets dévastateurs sur les droits des personnes âgées, en particulier sur leur droit à la protection de la santé (article 11 de la Charte), avec des conséquences, dans de nombreux cas, sur leur droit à l'autonomie et leur droit à prendre leurs propres décisions et à opérer un choix de vie, leur droit à continuer de vivre dans la collectivité grâce à des soutiens adéquats et résilients pour leur permettre de le faire, ainsi que leur droit à l'égalité de traitement au sens de l'article E s'agissant de l'attribution de services de soins de santé incluant les traitements vitaux (par exemple, le triage et les appareils d'assistance respiratoire). Qu'elles vivent encore de manière autonome ou non, de nombreuses personnes âgées ont vu les services dont elles bénéficiaient supprimés ou réduits de manière drastique. Cette situation a accru les risques d'isolement, de solitude, de sous-alimentation et d'accès limité aux médicaments.

En outre, la crise du covid-19 a révélé des exemples de manque d'égalité de traitement des personnes âgées. trop d'espace a été laissé pour des jugements implicites sur la « qualité de vie » ou la « valeur » de la vie des personnes âgées lors de la fixation des limites des politiques de triage.

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

Soins en institution

Le Comité a précédemment demandé des informations sur l'inspection des institutions dispensant des soins aux personnes âgées par les services d'inspection et le Médiateur (Conclusions 2013).

Selon le rapport, les bureaux de l'Inspection des services sociaux, sous l'égide du ministère du Travail et des Affaires sociales, sont chargés de surveiller les normes de soins appliquées dans les établissements résidentiels. Ils peuvent demander à un prestataire de prendre certaines mesures pour améliorer les normes et, si ces dernières ne sont pas respectées, le prestataire commet une infraction administrative et peut être condamné à une amende. Ils peuvent aussi directement recevoir les plaintes des usagers de ces services.

Le Médiateur est également chargé de superviser la prestation de services sociaux en tant qu'institution indépendante de protection et de promotion des droits de l'homme. Il conduit des enquêtes indépendantes, formule des recommandations pour remédier aux lacunes et demande aux autorités de les mettre en œuvre. Il peut recommander au plaignant des mesures pour la protection de ses droits. Les autorités sont obligées de coopérer avec le Médiateur et de prendre des mesures correctives, sinon, le Médiateur en informera les autorités supérieures, le gouvernement ou le grand public. Le Médiateur tient le ministère du Travail et des Affaires sociales régulièrement informé des résultats des enquêtes menées au sein des établissements de services sociaux, ainsi que de leurs conclusions.

S'agissant des frais des établissements résidentiels, le rapport déclare que le montant maximum des frais est de 210 CZK (€8,41) par jour, et pour les repas, le montant maximum est de 170 CZK (€6,81) par jour. L'usager paie l'hébergement et les repas. Cependant, les personnes à bas revenus peuvent ne pas être tenues de verser l'intégralité du montant et les usagers des établissements sociaux résidentiels doivent toujours réserver 15 % du montant de leur pension (solde du revenu minimum).

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

Le Comité estime que l'accent mis dans l'ensemble dans la Charte sur l'autonomie personnelle et le respect de la dignité des personnes âgées entraîne un besoin urgent de réinvestir dans les aides au sein de la collectivité comme alternative aux institutions. Si, pendant la période de transition, l'institutionnalisation est inévitable, l'article 4 du Protocole additionnel, 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

Le Comité a précédemment constaté que la pension minimum de vieillesse était manifestement insuffisante car elle était considérablement en-deçà du seuil de pauvreté et a donc estimé que la situation n'était pas conforme à l'article 4 du Protocole additionnel sur ce point. Toutefois, il a également constaté, d'après les chiffres Eurostat, que le nombre de personnes âgées vivant dans la pauvreté est faible et a demandé une clarification de la situation (Conclusions 2013).

En réponse, le rapport indique qu'il n'y a pas de pension de vieillesse minimale légale et que la protection des personnes à bas revenus est garantie dans le cadre du régime d'aide aux personnes en difficultés matérielles et du système national de protection sociale.

La pension se compose de deux éléments, un montant de base (*Základní složka*), égal à un montant forfaitaire (10 % du salaire mensuel moyen) et un pourcentage (*Procentní část*), élément lié aux revenus et calculé sur la base de l'assiette de calcul personnelle (*Osobní vyměřovací základ*) et du nombre d'années de cotisation : 1,5 % de l'assiette de calcul personnelle par année de cotisation (pas de maximum).

Selon MISSOC, en juillet 2019, le taux forfaitaire de base (10 % du salaire mensuel moyen) était de 3 270 CZK (129 €) par mois et le montant du pourcentage était de 770 CZK (30 €) par mois.

Le Comité constate d'après Eurostat qu'en 2019, 50 % du revenu équivalent médian s'élevait à 417€ et que le niveau minimum des prestations de vieillesse tombait en dessous des 50 % du revenu équivalent médian d'Eurostat.

Le rapport indique que le taux de risque de pauvreté chez les personnes âgées, exprimé en pourcentage des personnes ayant des revenus inférieurs à 40 % du revenu équivalent médian, est très bas dans la République tchèque. Selon les chiffres d'Eurostat, en 2018, dans la République tchèque, pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, ce taux était à peine de 1,0 %, contre 3,6 % en moyenne dans les pays de l'UE.

Il déclare également que le montant moyen de la pension de vieillesse en 2019 s'élevait à 13 426 CZK (soit €531,61).

Selon le rapport, les bénéficiaires des pensions les plus basses peuvent avoir droit à d'autres prestations, comme une allocation logement, une allocation de subsistance, le complément logement et une aide extraordinaire.

Le Comité prend note du fait que les bénéficiaires des pensions les plus basses peuvent recevoir une assistance supplémentaire ; toutefois, sans autres informations quant au niveau de revenus que cela conférerait aux personnes âgées, le Comité ne peut que réitérer sa conclusion précédente, à savoir que le niveau minimum de la pension de vieillesse est 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.

Selon le rapport, durant la pandémie, le ministère du Travail et des Affaires sociales a préparé 16 recommandations qu'il actualise en fonction de l'évolution de la situation. Ces recommandations réglementent, par exemple, les procédures de quarantaine, les zones de covid, le fonctionnement des services sociaux, etc. Par ailleurs, le ministère du Travail et des Affaires sociales, en coopération avec le ministère de la Santé, a élaboré des

instructions à l'intention des prestataires de services sociaux en lien avec le système « *Feux de signalisation* » – *lignes directrices à l'intention des prestataires de services sociaux et Plan d'aide aux personnes vulnérables*.

En outre, les travailleurs sociaux prodiguent des conseils sociaux et toute l'aide indispensable sur le terrain, selon les besoins individuels des clients, fournissant les équipements de protection de base, assurant la livraison de nourriture et autres achats ainsi que de vêtements fournis par des associations locales.

Une ligne téléphonique a été mise en place par le ministère du Travail et des Affaires sociales, plus particulièrement pour répondre aux besoins des personnes âgées. Dans les régions et municipalités individuelles, des lignes téléphoniques d'urgence, des brochures, des affiches et des annonces sur les radios locales ont fourni des informations aux personnes âgées.

Des instructions spéciales ont été émises pour protéger les personnes âgées placées en institution et dans les services de santé, afin d'empêcher la transmission de la covid-19, par exemple l'obligation de réserver des locaux avec un certain nombre de lits pour séparer les personnes bénéficiant de soins de santé ou de services sociaux (ci-après « services ») dans leurs établissements et qui ont été diagnostiquées comme positives à la covid-19, de surveiller régulièrement l'état de santé des personnes placées dans des établissements résidentiels et l'obligation de garantir des effectifs suffisants dans tous les établissements.

Une interdiction de visite dans tous les établissements des prestataires de services sociaux et de santé a été mise en place. Les services sociaux des établissements résidentiels n'ont été autorisés à accepter de nouveaux clients que sur présentation d'un résultat négatif de leur test à la covid-19.

Au sein du ministère de la Santé, un groupe de travail pour la protection des personnes vulnérables a été créé pour élaborer un Plan de mesures visant à protéger les personnes les plus vulnérables eu égard à l'épidémie de covid-19 et à identifier les principales mesures indispensables pour protéger ces groupes au-delà des mesures sanitaires et épidémiologiques générales.

Le Comité renvoie à la section sur les personnes âgées dans sa Déclaration sur la covid-19 et les droits sociaux (mars 2021) (et aux sections citées ci-dessus). Il rappelle que l'article 4 du Protocole Additionnel exige que les personnes âgées et leurs organisations soient consultées à propos des politiques et mesures les concernant directement, notamment sur les mesures ad hoc prises dans le contexte de la crise actuelle. La planification de la reprise après la pandémie doit tenir compte des points de vue et des besoins spéciaux des personnes âgées et se fonder réellement sur les éléments de preuve collectés et les expériences faites pendant la pandémie.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la République tchèque n'est pas conforme à l'article 4 du Protocole additionnel de la Charte de 1961 au motif que le niveau de la pension minimale est insuffisant.