



mars 2022

CHARTE SOCIALE EUROPEENNE

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions XXII-2 (2021)

DANEMARK

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 le Danemark, qui a ratifié la Charte sociale européenne de 1961 le 3 mars 1965. L'échéance pour remettre le 40^e rapport était fixée au 31 décembre 2020 et le Danemark l'a présenté le 27 avril 2021.

Le Comité rappelle qu'il a été demandé au Danemark 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 XXI-2 (2017)).

En outre, le Comité rappelle qu' aucune question ciblée n'a été posée au titre de certaines dispositions. Si la conclusion précédente (Conclusions XXI-2 (2017)) a conclu à la conformité de la situation, il n'y a pas eu d'examen de la situation en 2020.

Les commentaires de l'*Amnesty International* sur le 40^e rapport ont été enregistrés le 1 juillet 2021. La réponse du Gouvernement aux commentaires de l'*Amnesty International* a été enregistrée le 24 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).

Le Danemark 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 au Danemark concernent 12 situations et sont les suivantes :

- 7 conclusions de conformité : articles 3§1, 11§1, 11§2, 11§3, 12§2, 12§3 et 14§1 ;
- 3 conclusions de non-conformité : articles 12§4, 13§1 et article 4 du Protocole additionnel.

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

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

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

- droit à des conditions de travail équitables (article 2) ;
- droit à une rémunération équitable (article 4) ;
- droit syndical (article 5) ;
- droit de négociation collective (article 6) ;

- droit à l'information et à la consultation (article 2 du Protocole additionnel) ;
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travail et du milieu du travail (article 3 du Protocole additionnel).

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 du Danemark.

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 du Danemark était conforme à l'article 3§1 de la Charte de 1961, dans l'attente des informations demandées (Conclusions XXI-2 (2017)). 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

Le Comité a précédemment jugé la situation conforme sur ce point (Conclusions XXI-2 (2017)).

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 la loi n° 674/2020 relative à l'environnement de travail couvre tous les secteurs d'activité, en ce compris les opérations de chargement et de déchargement des navires et les activités liées aux chantiers navals. Le but de la loi est de créer un environnement de travail sûr et salubre qui soit toujours en phase avec les évolutions techniques et sociales dans la société. Elle couvre aussi bien l'environnement de travail physique que psychologique, et vise notamment le harcèlement, y compris sexuel, les tâches qui supposent de soulever des charges lourdes ou effectuées en position assise. Cette loi entraîne des obligations pour l'employeur qui sont contraignantes et le non-respect de ces dernières peut entraîner des sanctions.

La loi n° 627/2002 relative à la sécurité en mer et des ordonnances distinctes couvrent tous les emplois à bord des navires neufs et existants immatriculés au Danemark et au Groenland et portent sur l'environnement de travail tant physique que psychologique. Deux services de santé au travail ont été créés – l'un pour la navigation en général et l'autre pour la pêche. Ces deux services ont mis en œuvre un grand nombre de projets et d'initiatives pour l'industrie maritime dans les domaines de l'environnement de travail, de la sécurité et de la santé, tels que des campagnes ciblées, des événements et d'autres initiatives visant à garantir des conditions d'hygiène et de sécurité satisfaisantes en mer.

Depuis juillet 2018, le Danemark dispose d'une réglementation autorisant le service danois chargé de l'environnement de travail à s'entretenir avec des travailleurs en tête-à-tête. Ces entretiens sont planifiés avec l'employeur mais se déroulent sans la présence de ce dernier ou des représentants.

Le rapport mentionne le décret relatif à l'environnement psychosocial du travail qui est entré en vigueur le 1^{er} novembre 2020 et les lignes directrices sur l'environnement de travail des femmes enceintes et allaitantes, comportant une section sur le travail de nuit, qui ont été mises à jour en septembre 2020. Le Comité note qu'aux fins du présent cycle de contrôle, le décret et les lignes directrices se situent en dehors de la période de référence.

Le rapport indique également que la surveillance électronique des employés n'est pas régie par des lois spécifiques, mais par des conventions collectives entre partenaires sociaux, ainsi que par le Règlement sur la protection des données. Le décret n° 1108/1992 relatif au travail sur les terminaux à écran de visualisation prévoit que les employeurs ne peuvent appliquer des critères de surveillance quantitatifs ou qualitatifs dans les programmes conçus pour le travail sur écran à l'insu des employés.

Le rapport indique qu'il n'existe pas de dispositions légales spécifiques au Danemark sur la « désintoxication numérique. » Le développement technologique et la numérisation croissante renforcent les pressions exercées sur la vie privée et la protection des données personnelles, car les outils de travail tels que les smartphones, les ordinateurs, les tablettes et les GPS permettent aux employeurs de surveiller et de contrôler les employés sur le lieu de travail. Dans ce contexte, la loi relative aux données personnelles a fixé un cadre général pour la gestion, par l'employeur, des données personnelles des employés. En 2018, cette loi a été remplacée par le Règlement général sur la protection des données de l'Union européenne. En outre, la protection des données et la surveillance numérique des employés sont réglementées dans les conventions collectives entre partenaires sociaux. En général, l'employeur doit toujours informer l'employé qu'il fait l'objet d'une surveillance.

Le Comité note que le rapport ne fournit aucune information sur les mesures réglementaires adoptées pour répondre aux formes de blessures ou de maladies professionnelles nouvellement reconnues et demande que le prochain rapport contienne ces informations.

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 XXI-2 (2017)).

Le rapport fournit des informations sur les agents chimiques sur le lieu de travail. Il indique que la Commission européenne a approuvé en janvier 2017 la quatrième liste de valeurs limites indicatives d'exposition professionnelle et que le Danemark a convenu de réduire les valeurs limites indicatives d'exposition professionnelle de 16 des agents chimiques figurant sur la liste et d'introduire trois nouvelles valeurs limites indicatives d'exposition professionnelle dans la réglementation danoise. Le rapport précise que le Danemark a également décidé, pour un agent chimique, d'établir une valeur limite d'exposition à court terme d'une minute au lieu de 15 minutes.

Enfin, le rapport indique qu'en 2019, le décret relatif aux agents cancérigènes ou mutagènes a été modifié en vue de transposer la directive (UE) 2017/2398 du Parlement européen et du Conseil du 12 décembre 2017 modifiant la directive 2004/37/CE sur la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition aux agents cancérigènes ou mutagènes au travail, et une disposition nationale relative à l'interdiction de la recirculation, sur les chantiers, de l'air intérieur aspiré provenant des opérations de travail, a été modifiée afin de permettre la recirculation de l'air, à condition qu'il soit effectivement purifié.

Champ d'application personnel des règlements

Le Comité a précédemment jugé la situation conforme sur ce point (Conclusions XXI-2 (2017)).

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 qu'en vue de protéger le personnel chargé d'administrer des traitements ou des soins aux patients atteints de la covid-19 ou suspectés de l'être, l'Institut national pour les vaccins et l'épidémiologie a publié des lignes directrices nationales spécifiques pour la prévention et le contrôle des infections. Ces lignes directrices décrivent les exigences en matière d'équipements de protection individuelle, d'hygiène et de nettoyage dans les situations où des cas de covid-19 ont été détectés ou sont suspectés.

Le rapport indique également que l'Autorité sanitaire danoise a publié des lignes directrices nationales concernant l'utilisation des équipements de protection individuelle dans les secteurs des soins de santé, des soins aux personnes âgées et des services sociaux, qui visent à prévenir les infections asymptomatiques/présymptomatiques. Ces lignes directrices prévoient que, dans les situations de soins et de traitement où les contacts sont rapprochés (à moins de 1 ou 2 mètres), le personnel et les patients doivent, dans la mesure du possible, utiliser un masque chirurgical ou une visière de protection. Il incombe à l'employeur de veiller à ce que les équipements de protection soient mis à la disposition du personnel et que les membres du personnel soient formés à utiliser ces équipements de manière appropriée.

Conformément à la loi danoise relative à l'environnement de travail, l'employeur doit continuellement évaluer les risques auxquels les employés peuvent être exposés et prendre des mesures pour prévenir le risque d'infection par la covid-19 aussi efficacement que possible. Le service danois chargé de l'environnement de travail a élaboré des documents d'orientation basés sur les lignes directrices publiées par l'Autorité danoise pour la sécurité des patients, afin de réduire le risque d'exposition d'un employé à la covid-19. Le même service a mis en place une « Foire aux questions » (FAQ) sur son site internet en ce qui concerne les équipements de protection individuelle.

La police nationale a publié une « fiche d'intervention » pour le personnel opérationnel de la police en relation avec la situation de la covid-19. Cette fiche comprend un certain nombre de mesures de précaution, notamment des mesures générales à prendre en compte lorsque le personnel de la police est en contact avec des personnes. Les mesures générales incluent des instructions sur l'hygiène des mains, la distance de sécurité, l'utilisation de masques, l'évitement des contacts physiques rapprochés et l'éternuement/la toux dans la manche. Les mesures spécifiques comprennent le port du masque par le personnel de police dans les lieux publics si les autorités l'exigent.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Danemark 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 du Danemark.

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 XXI-2 (2017)) que la situation du Danemark 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 (2017)) la situation en ce qui concerne les accidents du travail et les maladies professionnelles. Constatant que le nombre total d'accidents du travail reconnus avait diminué pendant la période de référence et que le taux d'incidence des accidents mortels était inférieur à la moyenne de l'UE, il avait conclu que la situation du Danemark était conforme à l'article 3§2 de la Charte de 1961. 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.

Selon les données figurant dans le rapport, le nombre total d'accidents du travail survenus pendant la période de référence (42,014 en 2016 et 42,709 en 2019), de même que le taux d'incidence de ces accidents (1,524 en 2016 et 1,476 en 2019), est resté stable. On relève par ailleurs une légère hausse du nombre d'accidents graves (c.-à-d. entraînant des amputations traumatiques [perte de parties du corps], des fractures osseuses ou des lésions dans différentes parties du corps), passé de 5,511 en 2016 à 5,894 en 2019. Le Comité note que l'industrie manufacturière et la chaîne d'approvisionnement de ce secteur, le commerce de gros et de détail et l'industrie du bâtiment et des travaux publics figurent parmi les secteurs qui enregistrent le plus grand nombre d'accidents du travail au Danemark.

Selon les mêmes données, le nombre d'accidents du travail mortels s'élevait à 33 en 2016 et à 36 en 2019. Il ressort du rapport que ces chiffres sont restés plutôt stables depuis la dernière période de référence (40 décès en 2012 et 30 en 2015). Le Comité prend note des chiffres fournis dans le rapport concernant le nombre d'accidents du travail déclarés, ventilés selon la nature de la blessure et par année de déclaration. Il constate que les luxations, entorses et foulures représentent 42 % de l'ensemble des accidents déclarés.

Les données publiées par Eurostat confirment la tendance observée concernant les accidents du travail mortels (30 en 2019 et 2018, 24 en 2017 et 29 en 2016). Le Comité relève que selon ces mêmes données, le taux d'incidence des accidents du travail mortels au Danemark (1.89 en 2018, 1.27 en 2017 et 1.92 en 2016) reste nettement inférieur à la moyenne de l'UE à 27 durant la même période (2.21 en 2018, 2.25 en 2017 et 2.29 en 2016).

Toujours selon les données Eurostat, le nombre d'accidents du travail non mortels ayant occasionné une incapacité de travail supérieure à quatre jours civils est également resté

stable (29,807 en 2017 et 30,670 en 2019). Le Comité relève que le taux d'incidence de ces accidents au Danemark est proche de la moyenne pour l'UE à 27 (1,770 et 1 768.93 respectivement en 2018 et 1,614.36 et 1,800 respectivement en 2017).

Selon le rapport, le nombre de maladies professionnelles déclarées est en baisse (20,127 en 2016, 18,869 en 2017 et 17,184 en 2019), tout comme leur taux d'incidence standardisé (695 en 2016, 652 en 2017 et 594 en 2019). Le Comité note que, d'après les chiffres figurant dans le rapport, l'industrie manufacturière et la chaîne d'approvisionnement de ce secteur, de même que le commerce de gros et de détail, étaient les secteurs qui enregistraient le plus grand nombre de maladies du travail au Danemark en 2019. Les chiffres montrent aussi que 32 % des maladies professionnelles déclarées avaient pour origine des troubles musculosquelettiques et que 24 % concernaient des maladies psychiques.

En réponse à la question ciblée du Comité concernant les études épidémiologiques conduites pour évaluer les effets sur la santé à plus long terme des nouveaux emplois à haut risque et les victimes de harcèlement au travail et de mauvaise gestion, le rapport donne des informations détaillées sur sept études consacrées à l'analyse et à l'évaluation de différents aspects. Ces études s'intéressaient notamment au lien entre des comportements inappropriés et les problèmes de santé, à la violence physique au travail et au risque d'absence pour raisons de santé, à l'association entre les facteurs de stress liés au travail (y compris des relations sociales négatives dans l'entreprise), le stress perçu et le risque de démence, à la relation entre la tension au travail, l'exposition durable aux risques psychosociaux et l'état de stress, à l'association causale entre les facteurs psychosociaux au travail et les troubles dépressifs, et aux données épidémiologiques qui permettent d'établir un lien entre l'exposition à la violence et à des menaces de violence au travail et le risque de présenter des troubles mentaux et des symptômes de maladie mentale.

Activités de l'Inspection du travail

Le Comité a précédemment examiné (Conclusions XX-2 (2013)) la situation du Danemark 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.

Le rapport indique que l'Autorité danoise pour l'environnement de travail (DWEA) est une agence placée sous l'autorité du ministère de l'Emploi. Présente sur l'ensemble du territoire danois, la DWEA comprend un centre de conseil sur le milieu de travail et trois centres régionaux d'inspection. Sa principale vocation est d'assurer la fonction gestion-administration générale, qui englobe les services support, les inspections, la communication et l'évolution du milieu de travail.

La DWEA disposait d'un effectif total de 645 agents (dont 304 inspecteurs) en 2016 et de 592 agents (247 inspecteurs) en 2019. Les données figurant dans le rapport font apparaître une baisse du nombre de visites effectuées (48,100 en 2016, 41,000 en 2017 et 36,300 en 2019). Les chiffres sont ventilés par type d'inspection (inspections ciblées sur les risques, visites supplémentaires à la suite d'une inspection ciblée sur les risques, inspections détaillées). La DWEA a contrôlé 24 251 entreprises en 2016, 19,466 en 2018 et 18,425 en 2019.

Le rapport explique également qu'outre sa mission de contrôle des établissements, la DWEA est chargée de donner des orientations sur les règles à respecter en matière de santé et sécurité au Danemark. Les inspections et les lignes directrices se fondent sur la loi danoise relative à l'environnement de travail. Les inspections sont souvent effectuées sans avertissement préalable. Si la DWEA découvre, à l'occasion d'un contrôle, qu'une entreprise ne respecte pas les dispositions légales, l'employeur est mis en demeure de se conformer à la réglementation. En cas manquement aux règles de sécurité ou d'hygiène, la DWEA a aussi le pouvoir, dans certaines circonstances, d'interdire la poursuite de l'activité jusqu'à ce que le problème ait été résolu. La DWEA peut infliger une amende si elle constate une infraction à des normes claires et universellement connues. Elle peut décider de faire une nouvelle visite après une inspection pour vérifier l'exécution des mesures correctives ordonnées lors de la visite antérieure. Lors d'une inspection, les agents de contrôle accordent toujours une grande importance au dialogue et à leur mission d'information et de conseil, afin de s'assurer que l'employeur comprend le pourquoi du constat d'infraction aux règlements de santé et d'hygiène et sait comment faire pour résoudre les problèmes pointés du doigt.

Le rapport ne répond pas à la question ciblée demandant la proportion de travailleurs et d'entreprises couverts par les inspections, 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. Le Comité renouvelle sa demande d'informations 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 les activités de l'Inspection du travail soient efficaces en pratique.

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 du Danemark 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 du Danemark. Le Comité prend également note des commentaires soumis par *Amnesty International* le 1er juillet 2021 et de la réponse du gouvernement à ces commentaires soumise le 24 août 2021.

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a conclu que la situation du Danemark était conforme à l'article 11§1 de la Charte de 1961, dans l'attente des informations demandées (Conclusions XXI-2 (2017)). Par conséquent, l'appréciation du Comité ne portera que sur les informations fournies par le gouvernement en réponse aux questions ciblées.

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

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

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

En ce qui concerne l'espérance de vie, le rapport indique que l'espérance de vie à la naissance (moyenne hommes et femmes confondus) était de 81,3 ans en 2019, contre 80,8 ans en 2016. Il précise qu'à la date d'établissement du rapport, il n'existait pas, au Danemark, de données statistiques sur l'espérance de vie dans toutes les régions du pays et pour les différentes catégories de population avec le niveau de précision demandé.

Le rapport indique que le taux de mortalité (nombre de décès pour 1 000 individus) n'a pas beaucoup évolué pendant la période de référence : 9,3 décès en 2016 et 2017, 9,6 en 2018 et 9,3 en 2019. En 2019, la principale cause de décès prématuré était le cancer, suivi par les maladies cardiaques et les maladies des voies respiratoires.

Les données fournies par l'Institut national de la santé publique et le Conseil pour les personnes socialement marginalisées montrent que le taux de mortalité des hommes socialement marginalisés est près de sept fois supérieur au taux de mortalité des hommes dans la population générale, et plus de huit fois supérieur pour les femmes. Pour les hommes et pour les femmes, la surmortalité est la plus élevée dans le groupe d'âge 16-24 ans. De plus, les données montrent une surmortalité importante des hommes et des femmes due aux décès liés à l'alcool et à la toxicomanie.

Le Comité note cependant que les données sur les personnes socialement marginalisées fournies dans le rapport correspondent à l'intervalle 2007-2014, qui est en dehors de la période de référence. Il demande des informations à jour sur les taux de mortalité et la prévalence de certaines maladies parmi des catégories de population pertinentes, notamment les personnes socialement marginalisées, par rapport à la population danoise générale.

Accès aux soins de santé

Le Comité a demandé, sous forme de question ciblée, des informations sur les services de soins de santé sexuelle et reproductive pour les femmes et les filles (y compris l'accès aux services d'avortement) ainsi que des informations statistiques sur les maternités précoces (jeunes filles mineures) et sur les taux mortalité infantile et maternelle. Il a également demandé des informations sur les politiques destinées à éliminer autant que possible les causes des anomalies observées (décès prématurés ; infections évitables causées par des maladies transmissibles par le sang, etc.).

Le rapport indique que d'après l'article 92 de la loi relative à la santé, au Danemark, les femmes ont le droit de recourir à un avortement légal avant la fin de la 12^e semaine de grossesse. Toute femme souhaitant avorter légalement a droit à des conseils avant de prendre sa décision définitive. Ces conseils ont pour but de l'aider dans sa décision. Ils doivent apporter des informations sur le soutien dont elle peut bénéficier au cours de la grossesse et après la naissance de l'enfant.

D'après l'article 93 de la loi relative à la santé, au Danemark, les femmes ont le droit d'avorter légalement même après la fin de la 12^e semaine de grossesse, si cette intervention est nécessaire pour éviter qu'elles ne risquent de mourir ou de voir leur santé physique ou mentale se détériorer gravement, ce risque étant exclusivement ou principalement déterminé sur la base de critères médicaux. Après la fin de la 12^e semaine de grossesse, l'autorisation d'avorter peut leur être accordée par le conseil local de l'avortement. Le rapport fournit également des informations sur la procédure à suivre et sur les conditions dans lesquelles un avortement peut être autorisé après la fin de la 12^e semaine de grossesse. Le Comité demande des informations sur le coût de l'avortement.

Le rapport fournit aussi des informations sur l'accès à la procréation médicalement assistée (traitement contre la stérilité) proposé aux femmes et aux couples qui essaient d'avoir un enfant depuis plus d'un an.

Le Comité demande des informations sur les services de soins de santé sexuelle et reproductive pour les femmes et les filles (autres que les services d'avortement et de procréation médicalement assistée). Il demande également si les filles et les femmes ont accès à la contraception moderne et des informations sur la proportion du coût des contraceptifs qui n'est pas couverte par l'État (dans les cas où le coût n'est pas entièrement remboursé par l'État).

Les données statistiques fournies dans le rapport montrent que la maternité précoce (jeunes filles mineures) a baissé, puisqu'elle est passée de 1,1 (nombre de naissances en dessous de 18 ans pour 1 000 naissances vivantes) en 2016 à 0,6 naissance en 2019.

Le rapport fournit aussi des données statistiques sur la mortalité infantile, la mortalité juvénile et la mortalité maternelle. D'après le Bureau danois de la statistique, le taux de mortalité infantile (nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes) était de 3,7 décès en 2018, contre 3,1 en 2016. Le Comité observe que la moyenne des taux de mortalité dans l'Union européenne à 28 était de 3,5 décès en 2018. Notant la hausse du taux de mortalité infantile pendant la période de référence, le Comité demande des informations sur les mesures prises pour réduire ce taux.

Le rapport indique que, d'après les statistiques de l'OCDE, le taux de mortalité maternelle (décès maternels pour 1 000 naissances vivantes) était de 3,2 décès en 2016 et de 1,6 en

2017 et 2018. Le Comité relève dans les données de la Banque mondiale que le taux de mortalité maternelle au Danemark (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes) était de 4 en 2017, tandis que la moyenne de l'Union européenne se situait à 6 la même année.

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

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

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

Le Comité a demandé, sous forme de question ciblée, des informations sur les mesures permettant de garantir un consentement éclairé aux interventions médicales ou aux traitements médicaux (au regard de l'article 11§2). Le rapport indique que le droit de consentir à un traitement médical est légalement protégé par l'article 15 de la Loi sur la santé (« consentement éclairé »). Le consentement éclairé couvre à la fois le droit d'être informé sur un traitement médical proposé et le droit du patient d'accepter ou de refuser le traitement proposé sur la base des informations fournies par un professionnel de santé (comme les informations sur l'évolution d'une maladie, les avantages et les inconvénients d'un traitement recommandé et les conséquences d'un refus du traitement). Le rapport souligne qu'un traitement peut uniquement être administré si le consentement est donné par une personne capable de prendre une décision libre et éclairée. Dans la plupart des situations, le consentement éclairé peut être donné soit oralement, soit par écrit voire – dans certaines circonstances – par consentement tacite. Toutefois, en cas de traitement impliquant une analyse génétique spécifique, le consentement doit être écrit ; de plus, la décision sur les effets secondaires doit être précisée. Pour les traitements médicaux lourds (comme la chirurgie), un consentement écrit peut aussi être exigé.

Le Comité prend note des commentaires d'*Amnesty International* faisant référence aux problèmes rencontrés par les enfants présentant des variations de caractéristiques sexuelles, tels que documentés dans le rapport 2017 d'*Amnesty International First Do No Harm : Ensuring the right of children with variations of sex characteristics in Denmark and Germany*. En ce qui concerne le consentement éclairé, *Amnesty International* indique que

les parents ou les tuteurs légaux ont la responsabilité de prendre des décisions médicales au nom des enfants trop jeunes pour donner leur propre consentement. Le même rapport indique également que des personnes intersexes et des militants ont toutefois indiqué à *Amnesty International* que les informations qui leur sont fournies, ainsi qu'aux parents, ne sont souvent pas suffisantes pour leur permettre de prendre une décision en connaissance de cause. D'après les entretiens qu'*Amnesty* a menés, les parents ont souvent le sentiment que les informations sur les interventions chirurgicales spécifiques et sur le fait qu'il s'agit d'un traitement d'urgence sont insuffisantes.

La Comité note que, selon la réponse soumise par le gouvernement, toute intervention médicale requiert le consentement éclairé du patient. Au Danemark, une personne peut donner son consentement éclairé à l'âge de 15 ans. Jusqu'à l'âge de 15 ans, le consentement éclairé requis est donné par les parents. Quel que soit l'âge, les préférences de la personne de moins de 15 ans doivent toujours être prises en compte. Le gouvernement précise en outre que le consentement du patient doit donc être donné sur la base d'informations adéquates de la part du professionnel de santé, et que le patient peut à tout moment révoquer son consentement. Conformément à la loi danoise, les informations doivent inclure des informations sur les options pertinentes de prévention, de traitement et de soins, y compris des informations sur d'autres options de traitement et des informations sur les conséquences de l'absence de traitement. L'information doit être plus complète lorsque le traitement présente un risque élevé de complications et d'effets secondaires graves.

Covid-19

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

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

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

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

Pendant une pandémie, les États doivent prendre dans les plus brefs délais toutes les mesures possibles, telles que mentionnées ci-dessus, en utilisant au mieux les ressources financières, techniques et humaines, et par tous les moyens appropriés, tant nationaux

qu'internationaux, y compris l'assistance et la coopération internationales (Observation interprétative sur le droit à la protection de la santé en temps de pandémie, 21 avril 2020).

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Danemark est conforme à l'article 11§1 de la Charte de 1961.

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 du Danemark.

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 du Danemark était conforme à l'article 11§2 de la Charte, dans l'attente des informations demandées (Conclusions XXI-2 (2017)).

Éducation et sensibilisation de la population

Dans ses questions ciblées, le Comité a demandé des informations sur l'éducation en matière de santé (y compris les cours d'éducation sexuelle et génésique) 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.

Sur l'éducation à la santé dans les écoles, le rapport indique que « La santé et l'éducation sexuelle et familiale » est une matière obligatoire du programme des écoles primaires et du collège. Elle vise à développer les compétences des élèves en matière de promotion de la santé et du bien-être en abordant différentes questions comme les droits sexuels, les normes et la diversité en matière de genres et de familles. D'après le rapport, les écoliers devraient comprendre l'importance des styles et conditions de vie pour la santé et le bien-être, ainsi que la relation entre la santé, la sexualité et la vie de famille.

Le Comité prend note de l'évaluation réalisée dans ce domaine, en janvier 2019, par le ministère de l'Enfance et de l'Éducation, qui a révélé divers défis auxquels se heurte l'enseignement de cette matière. En 2019, les partis politiques initiateurs de l'Accord sur l'École publique danoise ont reconnu l'importance de dispenser un enseignement sur les différents droits, sexualités, normes et limites dans le cadre du développement et de l'éducation des écoliers. Il a ainsi été décidé d'étudier les mesures qui pourraient être prises pour renforcer l'enseignement de cette matière.

Le rapport fournit aussi des informations sur d'autres matières obligatoires en lien avec une alimentation saine ou le sport. Ainsi, « La cuisine et la connaissance des aliments » permet aux écoliers d'améliorer leurs compétences et leurs connaissances en matière d'aliments, de goût, de santé, de cuisine et de repas, et de développer leurs aptitudes à choisir et à évaluer leurs propres goûts et choix alimentaires. L'éducation physique, une matière obligatoire du programme des écoles primaires et du collège, vise à développer les qualités physiques, sportives, sociales et personnelles des élèves en les sensibilisant à l'importance du sport pour la santé et le bien-être.

Le rapport ne contient pas d'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 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. Par conséquent, le Comité renouvelle sa question.

Dans ses questions ciblées, le Comité a également demandé des informations sur la sensibilisation et l'éducation en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre (OSIG)

et de violence fondée sur le genre. En réponse, le rapport indique que plusieurs initiatives ont été lancées au cours de la période de référence. Le Comité relève dans le rapport que le gouvernement a réalisé une évaluation de l'éducation sanitaire et sexuelle et de l'éducation familiale, qu'il a lancé une étude préliminaire d'évaluation du bien-être des écoliers LGBTI ; il a élaboré des orientations pour le collège et le lycée concernant les difficultés potentielles auxquelles pourraient se heurter, par exemple, les enfants LGBTI ou les enfants de parents LGBTI. En outre, le gouvernement soutient des projets menés par d'ONG visant à améliorer le bien-être et la sécurité des jeunes étudiants LGBTI, notamment dans les établissements d'enseignement professionnel, et à lutter contre la discrimination et la stigmatisation des élèves LGBTI dans les écoles élémentaires.

En ce qui concerne la violence fondée sur le genre, le Comité prend note des diverses initiatives de sensibilisation et d'éducation prises en la matière (campagne sur les violences entre jeunes partenaires intimes ; campagne sur la violence dans l'environnement numérique et le harcèlement chez les jeunes ; campagne sur le viol, etc.).

Consultations et dépistage des maladies

Dans sa précédente conclusion, le Comité a considéré que la situation du Danemark 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 XXI-2 (2017)). Il réitère sa demande d'informations actualisées sur ce point.

Concernant les mesures de lutte contre la pseudoscience, le rapport indique qu'il n'y a pas d'initiatives spécifiques, mais les autorités de santé s'efforcent constamment de fournir au public des informations claires, transparentes et factuelles.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Danemark est conforme à l'article 11§2 de la Charte de 1961.

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 3 - Prévention des maladies et accidents

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Danemark.

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 du Danemark était conforme à l'article 11§3 de la Charte de 1961 (Conclusions 2017).

Services de santé dans les lieux de détention

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

Le rapport décrit le dispositif de soins de santé dans les prisons, notamment en ce qui concerne les examens à l'arrivée dans l'établissement, l'accès à l'information, la confidentialité, le personnel et l'accès aux soins spécialisés. Le rapport indique que la prestation de soins de santé est fondée sur le principe d'une fourniture équivalente en prison et en milieu ouvert. Il donne également des informations sur l'accès aux soins de santé mentale en milieu carcéral, notamment pour ce qui est des modalités de dépistage et de l'accès aux établissements hospitaliers spécialisés.

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 présente des informations générales sur la structure de l'offre de soins de santé mentale au Danemark, qui s'organise d'une part entre un secteur psychiatrique dédié aux

enfants et aux adolescents et un autre pour les adultes, et d'autre part entre des unités d'hospitalisation, des hôpitaux de jour, des services d'urgence psychiatrique ainsi que des praticiens spécialisés et des psychologues travaillant en partenariat avec les services sociaux. Au cours des 10 dernières années, des efforts soutenus ont été déployés pour développer et améliorer au niveau national la prise en charge psychiatrique des personnes souffrant de troubles mentaux et les services leur étant destinés. Un comité d'experts a été chargé d'identifier les principaux problèmes et domaines d'intervention. Plusieurs plans d'action ont été rendus publics, de même qu'une stratégie nationale de recherche. En 2018, le gouvernement danois a présenté 38 recommandations sur le renforcement et l'amélioration des soins psychiatriques dans le pays, portant notamment sur la réduction des taux de morbidité et de mortalité, la lutte contre les préjugés sur les troubles mentaux, ou encore la promotion des interventions précoces et l'amélioration de la qualité des services. Ces recommandations constitueront le socle d'un plan décennal qui déterminera les lignes directrices à long terme pour les soins de santé mentale au Danemark, en mettant l'accent sur la prévention et sur la coordination entre les différents secteurs. Le rapport présente aussi une vue d'ensemble des services d'appui auxiliaire qui existent au niveau des communes pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et sont alloués après une évaluation des besoins de chacun, notamment l'aide à domicile, les activités sociales, la possibilité de bénéficier d'un logement accessible ou les services de conseil.

Le Comité note que le Danemark a fait régulièrement l'objet de critiques concernant un recours excessif à des mesures de contrainte dans ses établissements psychiatriques (Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants en 2019, Commissaire aux droits de l'homme en 2014, Comité des droits économiques, sociaux et culturels en 2019, Comité des droits de l'homme en 2016 et Comité contre la torture en 2015).

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

Le Comité demande des informations sur les mesures prises en vue de réduire l'utilisation de la contrainte dans les hôpitaux psychiatriques et de promouvoir dans le domaine des soins de santé mentale le recours à des moyens fondés sur le consentement.

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 indique qu'il existe un éventail de dispositifs de réduction des risques, notamment des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, des salles de consommation de drogues, des programmes de traitement ambulatoire à la naloxone ou de traitement avec prescription médicale d'héroïne ainsi que des traitements de substitution aux opiacés. Les médecins ont pour instruction de fournir rapidement un traitement de sevrage. Le rapport fait également état de mesures de sensibilisation au risque de surdose et de programmes de formation aux premiers secours.

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 indique que le Danemark met en œuvre toutes les directives de l'Union Européenne qui établissent un cadre pour la prévention et la réduction des émissions dans l'air, l'eau et le sol provenant d'installations industrielles, y compris les élevages de bétail, et pour la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs. Le rapport présente également des informations sur les cycles de planification de la gestion des bassins hydrographiques et les mesures de lutte contre la pollution atmosphérique.

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 l'Agence danoise du médicament a décidé de raccourcir le délai d'examen des demandes d'autorisation d'essais cliniques pour les médicaments contre la covid-19. En 2018, le gouvernement danois a fondé Trial Nation, une plateforme nationale unique conçue pour renforcer la coopération entre les entreprises multinationales, les organisations de patients et les chercheurs cliniques, qui met l'accent sur la recherche clinique dans le domaine des maladies infectieuses, de la modulation du système immunitaire et des essais de vaccins.

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-isollement, fourniture de masques chirurgicaux, de produits désinfectants, etc.).

Le rapport décrit de façon assez détaillée les mesures prises par l'État partie en matière de prévention de la covid-19. Le Danemark a la capacité de réaliser quelque 200 000 tests PCR par jour, ce qui couvre environ 23 % de la population chaque semaine, et de séquencer plus de 90 % de tous les tests positifs. Un système de traçage et d'isolement est

en place et les autorités locales ont l'obligation de mettre à disposition une structure d'hébergement lorsque l'isolement à domicile est impossible. Le rapport évoque également les mesures de confinement, la limitation des rassemblements publics et la campagne de vaccination.

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

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Danemark est conforme à l'article 11§3 de la Charte de 1961.

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 1 - Existence d'un système de sécurité sociale

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

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

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

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Danemark.

Le Comité rappelle que le Danemark a ratifié le Code européen de sécurité sociale le 16 février 1973, et en a accepté les parties II à IX.

Le Comité relève dans la Résolution CM/ResCSS(2020)4 du Comité des Ministres sur l'application du Code européen de sécurité sociale par le Danemark (période du 1^{er} juillet 2018 au 30 juin 2019) que la législation et la pratique du Danemark continuent à donner pleinement effet aux parties II, III, V, VII, VIII et IX du Code et qu'elles assurent aussi l'application de la partie IV, sous réserve de supprimer toute condition de résidence concernant l'ouverture du droit aux prestations de chômage contributives, ainsi que de la partie VI, sous réserve d'étendre le champ d'application des paiements périodiques en cas de lésion permanente ou de décès résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Dès lors, le Danemark 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 du Danemark 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 du Danemark.

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 du Danemark était conforme à l'article 12§3 de la Charte de 1961 (Conclusions XXI-2 (2017)). 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 l'assurance chômage n'est pas obligatoire au Danemark. Les personnes qui résident dans le pays peuvent devenir membres d'une caisse d'assurance chômage agréée, à compter de l'âge de 18 ans et au plus tard deux ans avant de devenir éligible à une pension générale de l'Etat. Pour bénéficier des allocations de chômage, une personne doit avoir été membre d'une telle caisse pendant au moins un an et remplir une condition de revenu du travail (240 000 DKK, soit environ 32 000 €, en 2020) au cours des trois années précédant le chômage. Suite à une réforme entrée en vigueur en 2018 (accord sur le régime d'indemnités de chômage pour le marché du travail du futur), toutes les activités liées au marché du travail sont considérées comme égales, c'est-à-dire que les revenus peuvent provenir d'un emploi salarié, indépendant ou en *freelance*, ou

d'une combinaison de ces différents types d'emploi. Le Gouvernement indique aussi que les travailleurs des plateformes numériques ont droit aux indemnités de maladie s'ils remplissent les conditions prévues par la loi sur les indemnités de maladie, y compris la condition d'emploi pour les salariés ou les indépendants. Par exemple, pour avoir droit aux indemnités de maladie payées par l'employeur durant les 30 premiers jours de maladie, la personne salariée doit avoir travaillé pour cet employeur au moins 74 heures au cours des huit semaines précédant l'absence pour cause de maladie.

Il ressort d'autres sources (e.g. *Platform Work and the Danish Model – Legal Perspectives*, Natalie Videbæk Munkholm et Christian Højer Schjøler, NJCL 2018/1, pp. 117-145) qu'en plus de la réforme sur le régime d'indemnités de chômage entrée en vigueur en 2018 (qui visait notamment à rendre les allocations de chômage plus accessibles aux indépendants, aux titulaires de plusieurs emplois et à des travailleurs atypiques), d'autres développements ont eu lieu durant la période de référence. En particulier, plusieurs accords ont été conclus entre des syndicats et des entreprises plateformes à compter de 2018.

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 produit une liste de 67 mesures économiques prises pour faire face aux conséquences économiques et financières de la pandémie. Parmi ces mesures figurent, entre autres :

- l'allongement de la période du droit aux indemnités de maladie (trois mois supplémentaires pour les personnes pour lesquelles le droit à ces indemnités a expiré entre le 9 mars 2020 et le 28 février 2021) ainsi qu'aux allocations de chômage (e.g. les allocations versées entre le 1^{er} mars et le 31 août 2020 ne sont pas prises en compte dans le calcul de la durée du droit à ces prestations, i.e. deux ans) ;
- l'extension de la liste des bénéficiaires des indemnités de maladie (ajout des salariés qui ne peuvent pas se présenter au travail car eux-mêmes ou leurs proches, pour des raisons de santé, courent un risque élevé d'être infectés par le coronavirus) ainsi que des allocations de maternité (ajout des parents qui restent chez eux pour s'occuper de leurs enfants qui ne peuvent aller à l'école en raison de la covid-19) ;
- l'allègement des conditions d'octroi des allocations de chômage (exemption temporaire de l'obligation d'affiliation pour les travailleurs indépendants) ainsi que de l'aide sociale (délai supplémentaire de quatre mois, de novembre 2020 à février 2021 inclus, pour satisfaire à l'obligation de travail, i.e. 225 heures dans l'année) ;
- l'octroi d'une allocation spéciale aux chômeurs, étudiants et retraités ayant bénéficié d'une aide sociale ;
- la mise en place d'un régime d'indemnisation temporaire pour les indépendants et les *freelances* en cas de baisse de plus de 30 % du chiffre d'affaires ou de cessation d'activité en raison de la covid-19, ainsi que pour les artistes dont les revenus ont diminué de plus de 30 % en raison de la covid-19.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Danemark 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 États

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Danemark.

Égalité 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.

Dans ses précédentes conclusions (Conclusions 2009, 2013, 2017), le Comité a considéré que l'égalité de traitement en matière d'accès à la sécurité sociale n'était pas garantie aux ressortissants des États parties non membres de l'EEE dans la mesure où le règlement (CE) n°859/2003 du Conseil (visant à étendre les dispositions du règlement (CEE) n° 1408/71 et du règlement (CEE) n° 574/72 aux ressortissants de pays tiers qui ne sont pas déjà couverts par ces dispositions uniquement en raison de leur nationalité) n'était pas appliqué au Danemark. La situation n'était donc pas conforme à la Charte sur ce point. Le Comité relève à cet égard dans le rapport que le règlement (UE) n° 1231/10 visant à étendre le règlement (CE) n° 883/04 aux ressortissants de pays tiers ne s'applique pas au Danemark. Cela est dû au fait que le Danemark a émis une réserve juridique concernant la base statutaire du Traité. La seule façon d'étendre la portée et de permettre un accès plus large des ressortissants des États qui ne sont pas couverts par la réglementation de l'UE dans ce domaine est de conclure des accords bilatéraux avec des pays au cas par cas. Le Danemark a conclu des accords de ce type avec un certain nombre d'États membres du Conseil de l'Europe, et continue d'examiner la possibilité de signer de nouveaux accords. La conclusion d'accords de ce type a souvent de nombreuses implications, tant financières qu'administratives, et doit intervenir dans des conditions d'intérêt mutuel – s'agissant par exemple du nombre de personnes couvertes. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations détaillées sur la question de savoir si les ressortissants de tous les États parties légalement employés au Danemark ont un accès égal au système légal d'assurance sociale.

En ce qui concerne l'égalité des conditions ouvrant droit aux prestations de sécurité sociale, le Comité a considéré dans sa précédente conclusion (Conclusions 2017) que la situation du Danemark n'était pas conforme à la Charte au motif que la condition de durée de résidence de dix ans imposée aux ressortissants d'États parties qui ne sont pas couverts par la réglementation de l'UE ou par un accord bilatéral conclu avec le Danemark pour bénéficier de la pension de retraite anticipée pour personnes handicapées ou de la pension de retraite ordinaire était excessive. À cet égard, le Comité relève dans le rapport qu'au Danemark, la couverture sociale est en grande partie financée par l'impôt et repose sur le principe de

l'universalité. C'est également le cas du régime du pension de vieillesse et de pension de retraite anticipée. La règle de base est qu'il faut avoir la nationalité danoise pour recevoir une pension, le droit étant acquis en fonction du nombre d'années de résidence de la personne au Danemark, indépendamment du fait qu'elle ait travaillé ou payé des impôts dans le pays. Le bénéficiaire d'une pension de retraite ou de retraite anticipée n'est pas soumis à une condition de cotisation. Un certain nombre d'exceptions s'appliquent à la condition de nationalité :

- la personne concernée est couverte par le règlement (CE) n° 883/04 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ;
- la personne a la nationalité d'un pays qui a conclu un accord bilatéral avec le Danemark ;
- la personne est un réfugié titulaire d'un permis de résidence conformément aux dispositions de la loi danoise sur les étrangers ;
- la personne a résidé au moins dix ans au Danemark entre l'âge de 15 ans et l'âge de liquidation de la pension de vieillesse.

Le Comité observe ainsi que la situation qu'il a précédemment jugée non conforme à la Charte n'a pas changé. Il renouvelle par conséquent sa précédente conclusion de non-conformité au motif que la condition de durée de résidence de dix ans imposée aux ressortissants d'États parties non couverts par la réglementation de l'UE ou par un accord bilatéral conclu avec le Danemark pour bénéficier de la pension de retraite anticipée pour personnes handicapées ou de la pension de retraite ordinaire est excessive.

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.

Le Comité demande si les allocations familiales sont versées pour tous les enfants résidents.

Droit à la conservation des avantages acquis

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 12§4, les prestations de vieillesse, d'invalidité ou de survivant et les rentes d'accident du travail ou de maladie professionnelle acquises au titre de la législation d'un État et dans les conditions d'octroi fixées par cette législation devraient être maintenues même si l'intéressé s'installe dans un autre État. Quant aux allocations de chômage, qui sont des prestations de courte durée étroitement liées à l'évolution du marché du travail, l'article 12§4 n'impose pas leur exportation, du fait de leur caractère spécifique. En ce qui concerne la conservation des avantages acquis (exportabilité), les obligations contractées par les États parties doivent être remplies indépendamment de tout autre accord multilatéral éventuellement applicable en matière de sécurité sociale. Pour garantir l'exportabilité des prestations, les États peuvent choisir de conclure des accords bilatéraux ou opter pour tous autres moyens tels que des mesures unilatérales, législatives ou administratives. Le Comité souhaite savoir comment l'exportation des prestations est garantie.

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. Le Comité demande comment le maintien des droits en cours d'acquisition est garanti.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Danemark n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte de 1961 au motif que la condition de durée de résidence de dix ans imposée aux ressortissants des États parties qui ne sont pas couverts par la réglementation de l'UE ou par un accord bilatéral conclu avec le Danemark pour bénéficier de la pension de retraite anticipée pour personnes handicapées ou de la pension de retraite ordinaire est excessive.

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 du Danemark.

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

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

Le Comité souhaite signaler qu'il prendra acte des informations fournies en réponse à la question concernant la covid-19 à des fins d'information seulement, car elles concernent des faits survenus en dehors de la période de référence (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, le Comité avait conclu que la situation de la Danemark Arménie n'était pas conforme à l'article 13§1 de la Charte aux motifs que le montant de l'allocation de base servie au titre de l'assistance sociale (*kontanthjaelp*) aux moins de 30 ans et celui de l'allocation d'intégration versée aux personnes seules étaient insuffisants ; les ressortissants d'autres États parties peuvent se voir retirer leur titre de séjour pour la seule raison qu'ils bénéficient d'une assistance sociale depuis plus de six mois, sauf s'ils résident au Danemark depuis plus de sept ans.

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

Le Comité note dans le rapport qu'un plafond sur l'aide sociale a été introduit en 2016 par l'ancien gouvernement du Danemark. Le plafond de l'aide sociale est une limite au montant qu'une personne peut recevoir globalement au titre de l'aide sociale, de l'allocation spéciale de logement pour les personnes bénéficiant de l'aide sociale et de l'allocation générale de logement. La limite est individuelle et dépend notamment de l'âge, du fait qu'une personne subvient aux besoins de ses enfants, qu'elle soit mariée/cohabitante ou célibataire et varie en fonction du niveau d'aide sociale qu'elle reçoit. Le plafond ne réduit pas le niveau d'aide sociale des individus, mais peut réduire l'allocation de logement et/ou l'allocation spéciale de logement dont les montants sont supérieurs au plafond individuel. Les prestations concernant les enfants ne font pas partie du plafond de l'aide sociale et peuvent être perçues indépendamment du plafond individuel.

Le gouvernement a l'intention de supprimer le plafonnement de l'aide sociale et de trouver un équilibre entre les incitations à trouver un emploi et l'obtention d'un soutien financier adéquat en cas de besoin dans le cadre du système de prestations sociales. À cette fin, une Commission des prestations sociales chargée de formuler des recommandations sur un nouveau système de prestations sociales a été mise en place et des recommandations sont attendues au printemps 2021.

Le Comité note en outre qu'une série de suppléments est disponible pour les personnes bénéficiant de l'aide sociale. Les personnes qui remplissent les conditions pour bénéficier de l'aide sociale et qui se trouvent dans une situation particulièrement difficile en raison du coût élevé du logement et/ou de la présence de nombreux enfants peuvent bénéficier d'une allocation de logement supplémentaire spéciale dans le cadre du système d'aide sociale. Si

les bénéficiaires de l'aide sociale ne sont pas en mesure de payer, par exemple, les médicaments, les traitements et les soins dentaires nécessaires, ils peuvent recevoir une aide financière supplémentaire de la municipalité pour ces dépenses particulières. Les bénéficiaires de l'aide sociale ont également droit à d'autres prestations accordées aux chômeurs et aux salariés, telles que les allocations de logement et les prestations pour enfants.

Niveaux de prestations

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

- Prestation de base : selon le MISSOC, l'aide sociale (*kontanthjælp*) peut être perçue à partir de 30 ans jusqu'à l'âge de la retraite (à partir de 18 ans en cas d'achèvement de la formation professionnelle) ; et les prestations d'intégration (*integrationsydelse*) : de 18 ans jusqu'à l'âge de la retraite. Selon le rapport, en 2019, le montant de base de l'aide sociale pour les personnes de moins de 30 ans vivant seules et sans leurs parents était de 7 363 DKK, soit environ 990,15 € (la moitié si elles résident avec un ou deux parents). Selon le MISSOC, ce montant était de 6 259 DKK (838 €) par mois. Le montant de base pour une personne de moins de 30 ans avec au moins un enfant était de 1 173 € ; le montant de base pour une personne de 30 ans ou plus était de 11 423 DKK, soit 1 530 € par mois. Les allocations d'intégration constituaient un montant mensuel de 8 498 DKK (1 138 €) pour les personnes mariées ou cohabitant avec des enfants à charge ; 6 072 DKK (813 €) pour les personnes seules sans enfant.
- Prestations supplémentaires : selon le MISSOC, l'allocation de logement individuelle (*boligstøtte individuelle*) est accordée après un calcul objectif basé sur les dépenses de logement, les revenus du ménage, la superficie du logement et la composition du ménage. Dans le cycle de conclusions précédent, le Comité avait demandé au rapport des informations spécifiques sur la moyenne de ce montant. Ce montant n'est pas indiqué dans le rapport.
- Seuil de pauvreté (défini comme 50 % du revenu équivalent médian et tel que calculé sur la base de la valeur du seuil de risque de pauvreté d'Eurostat) : il a été estimé à 1 254 € en 2019 selon Eurostat.

Dans sa conclusion précédente, le Comité avait estimé que la situation n'était pas conforme à la Charte au motif que les niveaux de l'allocation sociale ordinaire versée aux personnes de moins de 30 ans n'étaient pas adéquats et que les niveaux de l'allocation de départ versée aux personnes âgées de moins et de plus de 30 ans n'étaient pas adéquats. Le Comité avait également demandé des informations sur le montant moyen des prestations supplémentaires qui seraient versées à toutes les personnes célibataires sans ressources bénéficiant de l'aide sociale.

Le rapport fait référence au fait que les prestations s'élèvent à 15 510 DKK par mois, soit environ 2 085 € (c'est-à-dire 80 % de l'allocation d'assurance chômage maximale) pour les personnes de 30 ans ou plus ayant des enfants à charge ("prestataires"), et à 11 423 DKK, soit environ 1 536 € (c'est-à-dire 60 % de l'allocation d'assurance chômage maximale) pour les personnes de 30 ans ou plus sans enfant ("non prestataires"), déduction faite de tout revenu. Pour les couples mariés, le montant de la prestation dépend des revenus et de l'épargne des deux conjoints, même si un seul d'entre eux a demandé l'aide sociale. Il n'y a aucune indication sur le montant moyen versé aux personnes âgées de moins de 30 ans.

Le Comité note que, selon le rapport, le seuil de pauvreté égal à 50 pour cent du revenu équivalent médian serait différent à celui établi par Eurostat et il devrait être inférieur. La raison en est, selon le gouvernement, que la définition nationale de la famille est plus étroite.

Le Comité rappelle qu'une assistance est appropriée lorsque le montant mensuel des prestations d'assistance – de base et/ou complémentaires – versées à une personne vivant

seule n'est pas manifestement inférieur au seuil de pauvreté, c'est-à-dire à 50 % du revenu médian équivalent.

Le Comité considère que les niveaux de l'aide sociale et de l'allocation d'intégration versées aux personnes seules ne sont pas suffisants dans la mesure où le montant total qui peut être obtenu est inférieur au seuil de pauvreté.

Droit de recours et aide judiciaire

Dans sa conclusion précédente, le Comité avait demandé des informations actualisées concernant le droit d'appel et l'aide juridique. Aucune information n'a été fournie. Le Comité réitère sa demande et demande au prochain rapport de fournir des informations spécifiques sur le droit d'appel et l'aide juridictionnelle. Si ces informations ne sont pas fournies dans le prochain rapport, il n'y aura rien pour établir que la situation est conforme à la Charte.

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 son précédent cycle de conclusions en 2017, le Comité avait estimé que la situation au Danemark n'était pas conforme à la Charte car il existait la possibilité de révoquer un permis de séjour au seul motif que la personne concernée a bénéficié d'une aide sociale pendant plus de six mois alors que son permis de séjour est toujours valide, à moins qu'ils n'aient résidé au Danemark pendant plus de sept ans.

Le Comité note que le rapport réitère ses explications précédentes et indique qu'en règle générale, les permis de séjour aux fins de travail, d'études et de regroupement familial sont accordés à la condition que le demandeur subvienne à ses besoins. Si cette condition n'est plus remplie, les autorités danoises de l'immigration peuvent – sur la base d'une évaluation individuelle – révoquer ou refuser de prolonger le permis de séjour conformément à la loi danoise sur les étrangers, bien que ces cas restent rares. Dans la pratique, il n'est possible de rapatrier des ressortissants des pays nordiques, qui ont résidé au Danemark pendant moins de trois ans, selon la loi danoise sur l'assistance sociale.

Le Comité réitère sa précédente conclusion de non-conformité à cet égard, car la possibilité de révoquer un permis de séjour au seul motif que la personne concernée a bénéficié d'une aide sociale pendant plus de six mois alors que son permis de séjour est encore valide, est contraire à la Charte.

Ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire

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

Le rapport indique que tous les résidents du Danemark ont accès aux services de santé publique, par exemple aux traitements hospitaliers, aux services du secteur des soins de santé primaires, c'est-à-dire aux traitements dispensés par les médecins généralistes et les spécialistes, ainsi qu'aux services de santé municipaux tels que les soins infirmiers à domicile et les soins dentaires pour les enfants et les jeunes de moins de 18 ans. La plupart de ces services sont gratuits. Les demandeurs d'asile et les ressortissants étrangers sans

résidence légale au Danemark ne sont pas couverts par le système national d'assurance maladie. Au lieu de cela, les dépenses pour les soins de santé aux demandeurs d'asile et aux ressortissants étrangers sans résidence légale au Danemark sont couvertes par le service d'immigration.

Tous les non-résidents en séjour temporaire au Danemark ont droit à un traitement hospitalier d'urgence en cas d'accident, de maladie soudaine, de naissance ou d'aggravation d'une maladie chronique. Ils ont également droit à un traitement hospitalier ultérieur non urgent dans les cas où il n'est pas jugé raisonnable d'envoyer la personne se faire soigner dans son pays d'origine. Les non-résidents au Danemark doivent payer pour ces soins. Toutefois, en cas d'urgence, aucune personne ne se voit refuser un traitement hospitalier d'urgence dans le cadre du système de santé public en ce qui concerne les demandes de paiement. Aucun paiement n'est exigé pour les naissances et pour les traitements des enfants de moins de 18 ans. Les régions peuvent fournir les soins hospitaliers d'urgence gratuitement, lorsqu'elles le jugent raisonnable, par exemple pour le traitement des migrants non enregistrés, des sans-abri et des personnes qui sont manifestement incapables de payer.

Le Comité considère que la situation à cet égard est conforme à la Charte.

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

Le Comité prend note que le rapport fait référence à un certain nombre de mesures prises pour assurer une assistance sociale et médicale aux étrangers sans séjour ou résidence légale pendant la pandémie de la covid-19. Si les autorités rencontrent un étranger sans séjour légal qui est diagnostiqué avec la covid-19, les autorités contacteront le Service danois de l'immigration pour clarifier si l'étranger a droit à un hébergement et à la prise en charge de ses frais par le Service danois de l'immigration. Le service d'immigration danois gère actuellement deux centres de quarantaine afin d'accueillir les étrangers atteints de la covid-19 qui ont droit à un hébergement et à la prise en charge de leurs frais par le service d'immigration danois. Le transport des étrangers est offert depuis leur centre d'accueil ou d'hébergement jusqu'au centre de quarantaine concerné. Pour les étrangers sans séjour légal qui sont testés négatifs à la covid-19, le service d'immigration danois clarifiera également – sur la base d'une demande des autorités danoises – si l'étranger a droit à un hébergement et à la prise en charge de ses frais par le service d'immigration danois. Le service d'immigration danois ne propose pas d'hébergement ou de traitement médical en dehors des centres d'accueil et d'hébergement.

Dans une annexe au rapport, il est fait référence à d'autres mesures prises, par exemple, l'accès prolongé aux allocations de chômage, l'augmentation des accès aux allocations de maladie, le soutien économique aux parents d'enfants touchés par la covid-19, etc. Le Comité demande au prochain rapport de produire des informations supplémentaires sur l'assistance sociale et les mesures spécifiques prises pendant la pandémie de COVID-19.

Conclusion

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

- les niveaux de l'assistance sociale (*kontanthjælp*) versée aux personnes de moins de 30 ans et de l'allocation d'intégration versée aux personnes seules ne sont pas suffisants ;
- les ressortissants des États parties peuvent se voir retirer leur permis de séjour au seul motif qu'ils bénéficient de l'assistance sociale depuis plus de six mois.

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

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

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

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

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

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

Article 14 - Droit au bénéfice des services sociaux

Paragraphe 1 - Encouragement ou organisation des services sociaux

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Danemark.

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 (Conclusions XXI-2), le Comité a jugé la situation conforme à la Charte. Le rapport ne fait état d'aucun changement dans l'organisation des services sociaux.

Concernant les questions ciblées, le rapport indique que, dans le cadre de la pandémie de covid-19, le Danemark a connu une fermeture partielle de ses services en mars 2020, mais les services sociaux ont été maintenus en tant que fonction essentielle. Tel est toujours le cas. Concrètement, cela signifie notamment que tous les services opérationnels 24h sur 24, les foyers pour enfants et adolescents et les services d'hébergement continuent de fonctionner. Les personnes handicapées et les personnes ayant des problèmes sociaux particuliers doivent continuer de bénéficier de l'aide nécessaire. Il en va de même pour les enfants et les jeunes placés en institution qui ne sont, par exemple, pas rapatriés depuis leur lieu de résidence. Les municipalités continuent d'être soumises à l'obligation d'aider les enfants et les jeunes vulnérables et de veiller à ce qu'ils reçoivent l'aide et le soutien dont ils ont besoin ; ainsi, les municipalités doivent répondre rapidement, par exemple, aux signalements de violence domestique. Au printemps 2020, les municipalités ont ouvert des centres d'hébergement d'urgence et des lieux d'isolement pour les personnes sans-abri lorsque, par exemple, les interdictions de réunion et les recommandations des professionnels de santé exigeaient davantage de places. En novembre 2020, le gouvernement et une vaste majorité du parlement ont adopté un accord visant à lutter contre la solitude durant la pandémie de covid-19. L'État a alloué à cet objectif 50 millions de DKK. Les groupes cibles étaient les enfants et les adultes vulnérables ainsi que les personnes handicapées. En février 2021, le parlement danois a alloué une enveloppe financière visant à protéger les personnes vulnérables durant la longue période d'application des restrictions liées à la covid-19. Cette enveloppe de 27 millions de DKK est distribuée aux organisations qui travaillent avec les groupes cibles précités.

Concernant de futures épidémies, la ministre des Affaires sociales et de l'Intérieur a mis en place trois nouveaux partenariats contribuant à créer une sécurité tout au long du processus de réouverture de la société et à lutter contre la solitude, la fragilité et le mécontentement au sein des groupes vulnérables. Ces nouveaux partenariats visent également à tirer des enseignements à partir de l'expérience de la crise de la covid-19. Ils rassemblent les acteurs clés dans ce domaine et concernent trois groupes cibles : les enfants vulnérables, les adultes vulnérables et les personnes handicapées. Les partenariats mettent à profit

l'expérience acquise durant la covid-19 pour aider les autorités danoises à se tenir prêtes et à être en mesure de réagir dans l'éventualité d'une nouvelle crise de ce type.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Danemark est conforme à l'article 14§1 de la Charte de 1961.

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 du Danemark.

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

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

Le Comité a précédemment jugé la situation conforme à la Charte (Conclusions 2013). Aucun changement n'ayant été signalé, le Comité reconduit sa conclusion positive à cet égard.

Concernant la participation des usagers, le rapport indique que les propositions de loi sont soumises à une consultation publique avant d'être présentées au parlement et que les associations, organisations et autres parties prenantes concernées sont invitées à soumettre des observations écrites sur les propositions de loi. Ces observations sont ensuite publiées sur internet. Les citoyens, les entreprises, les organisations et toute autre personne intéressée peuvent donc voir quelles sont les propositions en cours, quelles organisations ont été consultées et quelles réponses ont été soumises. Le rapport renvoie également aux informations fournies dans le cadre de l'examen de l'article 14§1 sur la mise en place d'accords de partenariat en lien avec les mesures prises pour assurer une assistance sociale et médicale dans le contexte de la covid-19 et les modalités de cette assistance aux personnes qui n'ont pas de permis de séjour.

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

Conclusion

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

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 du Danemark.

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

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

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

La précédente Conclusion a été ajournée (Conclusions XXI-2 (2017)) dans l'attente d'informations sur l'existence d'une législation anti-discrimination ou d'une jurisprudence interdisant la discrimination au motif de l'âge en dehors du domaine de l'emploi.

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.

S'agissant de la discrimination fondée sur l'âge, le Comité a précédemment constaté qu'il n'existait aucune législation générale interdisant la discrimination fondée sur l'âge concernant l'accès aux biens, aux services et aux structures ; toutefois, il a relevé dans le rapport que le principe de non-discrimination est un élément fondamental du droit public danois. La législation danoise contient à ce sujet des dispositions générales pour lutter contre les discriminations en dehors du marché du travail. Il a demandé des informations sur la jurisprudence concernant la discrimination fondée sur l'âge en dehors de l'emploi qui protégerait les personnes âgées de toute discrimination. Dans l'intervalle, il a réservé sa position sur ce point (Conclusions XXI-1, 2017).

Selon le rapport actuel, il n'y a pas de législation visant à lutter contre la discrimination fondée sur l'âge en dehors de l'emploi. Le Comité conclut donc que la situation n'est pas conforme à la Charte sur ce point.

Par ailleurs, le Comité avait déjà demandé s'il avait été envisagé d'instituer un mécanisme qui permettrait aux personnes âgées de désigner une personne de confiance de leur choix pour les aider à prendre des décisions. Le Comité a constaté que le Danemark avait adopté une loi relative aux procurations permanentes en mai 2016 et il a demandé que le prochain rapport fournisse davantage d'informations à ce sujet (Conclusions XXI-2, 2017).

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

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

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

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

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

Prévention de la maltraitance des personnes âgées

Le Comité a précédemment souhaité recevoir davantage d'informations sur les mesures prises pour lutter contre la maltraitance des personnes âgées. Il a demandé aux municipalités ce qui était fait au niveau local, si l'ampleur de la maltraitance des personnes âgées, à la fois en institution, à leur domicile ou dans des structures de prise en charge privées était évaluée, si des campagnes de sensibilisation étaient menées et si des mesures spécifiques pour lutter contre ce problème avaient été prises (Conclusions XXI-2 2017).

Dans son rapport, le gouvernement répond qu'il a alloué 60 millions de couronnes danoises (DKK, environ 80 millions d'euros) pour la période 2019-2022 en faveur d'un plan d'action national pour prévenir et limiter les comportements extravagants dans la prise en charge des personnes âgées, par exemple chez les personnes âgées atteintes de démence, au bénéfice à la fois des personnes âgées et des employés. Le Comité indique que cette information ne suffit pas.

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

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

Le Comité constate que le Danemark a expressément accordé la priorité dans ses politiques aux soins de proximité par rapport à la prise en charge en institution, encourageant les personnes âgées à vivre à leur domicile. Par conséquent, seules quelques rares personnes âgées vivent dans des institutions de prise en charge de longue durée. Depuis la loi relative aux logements pour personnes âgées de 1987, aucune nouvelle maison de retraite n'a été construite et un éventail varié de logements adaptés aux personnes âgées ont été aménagés. Les personnes nécessitant une prise en charge et vivant à leur domicile ou dans

des logements spéciaux pour personnes âgées peuvent bénéficier de soins à domicile, notamment infirmiers, et d'une assistance pratique.

Les diverses formes de services de prise en charge de longue durée proposées en vertu de la législation danoise incluent la prise en charge dans des maisons de retraite classiques, dans des logements modernes de proximité (logements subventionnés pour personnes âgées comportant des structures de soins et le personnel soignant associé) et les soins à domicile. Dans les logements modernes de proximité, les zones d'hébergement sont séparées des zones où se trouvent les structures de soins. Les résidents doivent payer un loyer mensuel correspondant au coût d'entretien des bâtiments, mais ils ont accès à des subventions en fonction de leurs revenus.

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

Services et structures

Le Comité a précédemment relevé que les municipalités ont l'obligation de proposer plusieurs prestataires de services pour un même service. Les services d'aide à domicile sont gratuitement fournis par les municipalités. Il demande si, compte tenu du libre choix offert aux personnes âgées, un service fourni par un prestataire du service public initialement gratuit le reste lorsqu'il est fourni par un prestataire de service privé. Il demande également si le coût du service à la charge de la personne âgée reste le même selon que le prestataire de service est de nature publique ou privée (Conclusions XXI-2, 2017).

Le Comité relève dans le rapport que la loi consolidée relative aux services sociaux (Loi No.1114 du 30 août 2018) dispose que toute personne dans le besoin peut bénéficier de services gratuits. Il existe une exception concernant les livraisons de « repas à domicile », pour lesquelles la municipalité peut facturer le service jusqu'à une somme fixe maximale. Les personnes âgées qui bénéficient de services d'aide à domicile peuvent choisir entre différents prestataires mais les services restent gratuits (à l'exception des services de repas à domicile). Les services sociaux sont généralement financés par les impôts. Ce sont les municipalités qui décident du niveau d'assistance à fournir en fonction des besoins individuels.

Selon le rapport, l'Autorité danoise chargée la sécurité des patients a (et aura) surveillé pendant la période 2018-2021 des maisons de retraite et des prestataires de soins à domicile (*ældretilsyn*). Ces visites de surveillance s'ajoutent aux visites annuelles de contrôle effectuées par les municipalités. Il est question de rendre ce contrôle permanent.

S'agissant des « visites de prévention à domicile » menées par les municipalités afin d'identifier les besoins d'assistance individuelle et d'évaluer le niveau de bien-être, le rapport constate que la législation applicable a été amendée en 2019 pour obliger les municipalités à proposer des visites de prévention à domicile à toutes les personnes de plus de 70 ans vivant seules. Les visites chez toutes les personnes âgées de 75 à 80 ans sont obligatoires. Les personnes entre 65 et 70 ans en situation de risque se voient aussi proposer des visites.

Le rapport fournit aussi des informations sur les services de réadaptation proposés aux personnes âgées par les municipalités, car depuis 2017, l'accent a été mis sur la réadaptation (plutôt que sur les soins).

Le Comité demande s'il existe une offre suffisante de services de prise en charge, incluant les soins de longue durée, et s'il existe des listes d'attente pour 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, ces dernières ont parfois un accès plus limité à internet et ne disposent pas toujours des compétences nécessaires pour l'utiliser. Par conséquent, le Comité demande quelles sont les mesures qui ont été prises pour améliorer les aptitudes numériques des personnes âgées, garantir l'accessibilité aux services numériques de ces personnes et veiller à ce que les services non numériques soient maintenus.

Logement

Le rapport indique que les municipalités sont chargées d'assurer une offre suffisante de logements disponibles pour les personnes âgées dans le besoin. Les autorités chargées de l'aménagement du territoire et du logement sont chargées de faire la promotion des logements pour personnes âgées et autres groupes ayant des besoins de logement spécifiques. Le gouvernement encourage la mise en place de logements protégés pour les personnes âgées. Le Comité demande si l'offre de logements protégés/encadrés correspond à la demande.

Soins de santé

Selon le rapport, en 2019, le gouvernement danois a alloué 244,5 millions DKK (€32,836.350) à la poursuite et au suivi d'une partie des initiatives du Plan d'action national sur la démence 2025 pour la période 2020-2023.

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

Le Comité note 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 s'agissant de l'attribution de services de soins de santé incluant les traitements vitaux (par exemple, le triage et les appareils d'assistance respiratoire). Qu'elles vivent encore de manière autonome ou non, de nombreuses personnes âgées ont vu les services dont elles bénéficiaient supprimés ou réduits de manière drastique. Cette situation a accru les risques d'isolement, de solitude, de sous-alimentation et d'accès limité aux médicaments.

En outre, la crise du covid-19 a révélé des exemples de manque d'égalité de traitement des personnes âgées. Les jugements implicites sur la « qualité de vie » ou la « valeur » de la vie des personnes âgées ont pris trop de place dans la définition des limites de ces politiques de triage.

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

Soins en institution

Le rapport indique que depuis décembre 2019, il y a une obligation pour toutes les maisons de retraite proposant essentiellement des soins aux personnes âgées de s'inscrire au registre numérique général des maisons de retraite (*Plekehjemsoversigten*). Ce registre a pour but de fournir un accès global aux informations sur toutes les maisons de retraite proposant essentiellement des soins aux personnes âgées et d'encourager le libre choix des maisons de retraite.

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

Pour apprécier le caractère suffisant des ressources des personnes âgées en vertu de l'article 4 du Protocole additionnel, le Comité prend en compte l'ensemble des mesures de protection sociale garanties aux personnes âgées et visant à maintenir leurs ressources à un niveau suffisant pour leur permettre de vivre décemment et de participer activement à la vie publique, sociale et culturelle. En particulier, le Comité examine les pensions à caractère contributif ou non contributif et les autres prestations complémentaires en espèces servies aux personnes âgées. Il compare ensuite ces ressources au revenu équivalent médian.

Le Comité renvoie à sa conclusion précédente pour les détails du système de retraite danois et de l'assistance sociale dont peuvent bénéficier les personnes âgées (Conclusions XXI-2, 2017).

Le Comité a précédemment noté que le montant de la pension sociale, compléments de pension, allocations et autres services accordés aux retraités assurent un niveau de vie suffisant, conforme à l'article 4 du Protocole additionnel de la Charte de 1961. (Conclusions XXI-2, 2017).

Le Comité relève dans la base MISSOC qu'en 2019, le montant de base de la pension de vieillesse s'élevait à 6 327 DKK (847 €) par mois, et le complément de pension s'élevait à 6 923 DKK (927 €) par mois pour une personne seule. Dans certains cas, une prestation complémentaire peut être versée.

Le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu équivalent médian et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté établi par Eurostat, était estimé à 1 505 € par mois en 2019. Le Comité constate que le montant de la pension de vieillesse est conforme aux exigences de la Charte.

Le Comité demande des informations à jour concernant les montants versés à ceux qui ne bénéficient pas de la pension de vieillesse.

Covid-19

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

Le rapport fournit des informations sur les mesures prises pour protéger et assister les personnes âgées pendant la pandémie de covid-19. Il existe une possibilité temporaire de réaffectation des ressources de façon à ce que la municipalité puisse réduire les prises en

charge de longue durée si – et seulement si – ces ressources étaient nécessaires pour prendre en charge des personnes atteintes de la covid-19. La municipalité a également dû étudier chaque dossier individuellement pour s'assurer qu'une personne donnée pouvait s'en sortir sans son aide. Cette réaffectation des ressources a été levée et la municipalité doit suivre les règles ordinaires concernant les soins de longue durée.

La municipalité a également dû examiner si les bénéficiaires d'une prise en charge qui en recevaient temporairement moins que d'habitude avaient besoin d'une aide concrète supplémentaire pour nettoyer leur logement.

Le personnel des maisons de retraite et des soins à domicile a régulièrement effectué des tests de dépistage de la covid-19.

Les autorités locales ont eu la possibilité d'accorder la priorité aux fonds destinés à fournir aux proches des personnes âgées en maison de retraite, ainsi qu'aux personnes âgées vivant chez elles, des masques et autres équipements de protection adéquats, entre autres dans les maisons de retraite publiques et privées ou indépendantes.

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 du Danemark n'est pas conforme à l'article 4 du Protocole additionnel de la Charte de 1961 au motif qu'il n'existe pas de législation interdisant la discrimination fondée sur l'âge en dehors de l'emploi.