



mars 2022

CHARTE SOCIALE EUROPEENNE

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions XXII-2 (2021)

LUXEMBOURG

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 Luxembourg, qui a ratifié la Charte sociale européenne de 1961 le 10 novembre 1991. L'échéance pour remettre le 24^e rapport était fixée au 31 décembre 2020 et le Luxembourg l'a présenté le 22 février 2021.

Le Comité rappelle qu'il a été demandé au Luxembourg 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.

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 Luxembourg a accepté toutes les dispositions de ce groupe, sauf l'article 4 du Protocole additionnel.

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

Les Conclusions relatives au Luxembourg concernent 13 situations et sont les suivantes :

– 5 conclusions de conformité : articles 11§2, 11§2, 12§2, 12§4 et 14§1.

En ce qui concerne les huit autres situations, régies par les articles 3§1, 3§2, 11§3, 12§1, 12§3, 13§1, 13§4 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 Luxembourg de présenter des rapports en vertu de la Charte de 1961.

Le rapport suivant du Luxembourg 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 Luxembourg.

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 Luxembourg 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)).

Le rapport énumère les textes législatifs ou réglementaires adoptés dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail durant la période de référence, tels que : le règlement n° A90 du 29 avril 2016 relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et le secteur sanitaire ; le règlement n° A235 du 14 novembre 2016 concernant la protection de la sécurité et de la santé des salariés contre les risques liés à des agents chimiques sur le lieu de travail ; le règlement n° A235 du 14 novembre 2016 concernant la protection des salariés contre les risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes au travail ; le règlement n° A235 du 14 novembre 2016 concernant les prescriptions minimales pour la signalisation de sécurité et de santé au travail ; la loi n° A459 du 28 avril 2017 concernant la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses ; le règlement n° A498 du 17 mai 2017 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à l'exposition des salariés aux risques dus aux agents physiques (champs électromagnétiques) ; la loi n° A339 du 16 mai 2019 concernant l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des substances chimiques ainsi que la classification, l'étiquetage et l'emballage des substances et mélanges chimiques ; la loi n° A389 du 28 mai 2019 relative à la protection sanitaire des personnes contre les dangers résultant de l'exposition aux rayonnements ionisants, à la gestion des déchets radioactifs, du transport de matières radioactives.

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.

Le rapport ne donne pas les informations demandées. Le Comité souligne que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation du Luxembourg soit conforme à l'article 3§1 de la Charte de 1961 sur ce point.

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

Le Comité considère que, conformément aux obligations des États parties en vertu de l'article 3§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)).

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 que plusieurs textes juridiques ont été adoptés en lien avec la crise de la covid-19. Selon les dispositions juridiques, l'employeur est tenu pendant la durée de l'état de crise de prendre les mesures appropriées pour la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs, de veiller à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte des circonstances exceptionnelles liées à l'épidémie de covid-19 et de contribuer à l'amélioration

des situations existantes pour faire face à cette épidémie. Il est également tenu d'évaluer et d'éviter les risques liés à la covid-19, de déterminer les mesures à prendre par rapport à ces circonstances exceptionnelles, d'informer et de former les travailleurs sur les risques éventuels et sur les précautions à prendre, d'afficher des panneaux signalant les risques, d'aménager les postes de travail, de fournir des équipements de protection et de veiller à ce qu'ils soient désinfectés, et de s'assurer que les surfaces de travail sont nettoyées et désinfectées.

Le rapport décrit en outre les mesures prises dans le secteur de la restauration, comme la limitation du nombre de personnes pouvant s'asseoir à une table, le port obligatoire du masque, les horaires d'ouverture limités. Les rassemblements, y compris à domicile, et la pratique d'activités sportives ont été limités.

Le rapport indique également que des dispositions sanitaires ont été préparées pour un certain nombre de secteurs économiques, tels que les transports publics, les commerces, les commerces d'alimentation, les administrations publiques, la construction, l'industrie et la manufacture, les interventions à domicile (hors domaine de la santé), les activités des jardiniers et des paysagistes, les livraisons, la production audiovisuelle, l'aide et l'assistance dans l'éducation, les établissements d'enseignement secondaire, les structures d'éducation, les restaurants, les bars et cafés, les sites touristiques, les bibliothèques, les cinémas, les théâtres et salles de concerts, les musées.

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 2 - Application des règlements de sécurité et d'hygiène

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

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 Luxembourg n'était pas conforme à l'article 3§2 de la Charte de 1961.

Par conséquent, l'appréciation du Comité portera sur les informations communiquées par le gouvernement en réponse aux questions ciblées et au précédent constat de non-conformité.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le Comité a précédemment examiné (Conclusions XXI-2 (2017)) la situation en ce qui concerne les accidents du travail et les maladies professionnelles et conclu que la situation du Luxembourg n'était pas conforme à l'article 3§2 de la Charte de 1961 au motif que les mesures prises pour réduire le nombre d'accidents mortels au travail étaient insuffisantes. Il a demandé que le rapport suivant fasse état des causes les plus fréquentes d'accidents du travail ainsi que des activités de prévention et des mesures coercitives prises pour les éviter. Le Comité a également demandé des informations sur la définition légale des maladies professionnelles, sur le mécanisme de reconnaissance, d'examen et de révision des maladies professionnelles (ou de la liste de maladies professionnelles), sur le taux d'incidence et les mesures prises et/ou envisagées pour lutter contre la sous-déclaration et la reconnaissance insuffisante des cas de maladies professionnelles, sur les maladies professionnelles les plus fréquentes pendant la période de référence, ainsi que sur les mesures prises et envisagées aux fins de leur prévention.

Dans la question ciblée portant sur l'article 3§2, le Comité a demandé des informations sur les accidents du travail et maladies professionnelles, concrètement des données statistiques sur la prévalence des décès, blessures et invalidités liés au travail, y compris en ce qui concerne le suicide lié au travail et d'autres formes d'automutilation, les TSPT, le burn-out et les troubles liés à la consommation d'alcool ou d'autres substances, ainsi que sur les études épidémiologiques conduites pour évaluer les effets sur la santé à (plus) long terme des nouveaux emplois à haut risque (par exemple, les services de livraison à vélo, incluant les personnes employées ou celles dont le travail est géré par l'intermédiaire de plateformes numériques ; les intervenants dans l'industrie du divertissement sportif, notamment les sports de contact ; les emplois impliquant des formes particulières d'interaction avec les clients et le recours possible à des substances potentiellement nuisibles, telles que l'alcool ou d'autres substances psychoactives ; les nouvelles formes d'opérations en bourse à haut rendement, qui génèrent un niveau de stress important ; le personnel militaire et des services répressifs, etc.) et également en ce qui concerne les victimes de harcèlement au travail et de mauvaise gestion.

En réponse, le rapport indique que le nombre total d'accidents du travail est resté relativement stable durant la période de référence, passant de 20,725 en 2016 à 19,918 en 2019, avec un taux d'incidence (pour 100,000 personnes employées) de 4,190 en 2016 et 3,730 en 2019. Le nombre d'accidents mortels a par ailleurs diminué, passant de 21 en 2016 à 10 en 2019 (14 en 2017 et 17 en 2018), tout comme le taux d'incidence pour ce type d'accidents (de 5 à 2).

Les données Eurostat confirment – bien que les chiffres diffèrent – la tendance à la baisse du nombre d'accidents du travail mortels, passés de 22 en 2016 à 12 en 2019 (8 en 2017 et 14 en 2018). Le Comité relève que les taux d'incidence des accidents du travail mortels calculés par Eurostat (10.8 en 2016, 2.59 en 2017 et 6.42 en 2018) étaient nettement supérieurs à la moyenne de l'UE à 27 pendant toute la période de référence (2.29 en 2016, 2.25 en 2017 et 2.21 en 2018).

Selon les données Eurostat, le nombre d'accidents du travail non mortels (ayant occasionné au moins quatre jours d'absence), qui avait connu une baisse entre 2016 et 2017 (de 6,102 à 5,679), est en hausse avec 6,160 cas en 2019. Le taux d'incidence de ces accidents (2,510 en 2016, 2,131 en 2017 et 2,285 en 2018) est demeuré sensiblement supérieur à la moyenne de l'UE à 27 au cours de la période 2016-2018 (1,772 en 2016, 1,800 en 2017 et 1,768 en 2018).

S'agissant des mesures préventives visant à réduire le nombre d'accidents du travail, le rapport indique que le Service Prévention de l'Association d'assurance accident (AAA) – l'un des organismes publics compétents en matière de santé et de sécurité au travail – est chargé de la prévention et de l'indemnisation des accidents du travail. Ses missions sont les suivantes : information, conseil et sensibilisation en matière de sécurité et de santé au travail, mise à disposition de matériel didactique (brochures, affiches), formations, élaboration de recommandations de prévention, campagnes de prévention, analyse des causes d'accidents et de maladies professionnelles, conduite d'enquêtes et études. L'Inspection du travail et des mines (ITM), pour sa part, en veillant continuellement à augmenter les contrôles en vue d'assurer le respect du droit du travail et des normes sécuritaires du travail, contribue toujours plus au développement d'une culture de prévention et de coopération en matière de conditions de travail et de sécurité et de santé au travail.

Le Comité prend note des différentes campagnes organisées par l'ITM en coopération avec le ministère du Travail et de l'Emploi en vue de renforcer la sensibilisation en matière de sécurité au travail des entreprises et des salariés du secteur de la construction, qui est le plus exposé aux risques d'accidents du travail. Il prend également note des contrôles de prévention effectués par l'ITM dans le cadre de ces campagnes, notamment en juin 2017 et en juillet 2018, et du nombre d'infractions constatées par les différents services de l'ITM. En réponse à la demande d'informations du Comité concernant les causes les plus fréquentes d'accidents du travail, le rapport indique qu'en termes de sécurité et santé au travail, la majorité des infractions constatées concernent les garde-corps antichute, les échafaudages et les échelles ; certaines infractions ont été constatées en ce qui concerne les éclairages d'escaliers, les extincteurs et les câbles électriques.

Le rapport fait aussi état d'une modernisation des outils qui simplifiera la collecte de données électroniques et permettra aux employeurs de s'acquitter plus facilement de leurs obligations en matière de déclaration. L'analyse des risques en matière d'accidents du travail pourra ainsi être effectuée plus rapidement et les contrôles qui s'ensuivent, plus efficacement, favorisant par la même une réduction du nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Le rapport ne fournit pas les informations demandées dans la question ciblée en ce qui concerne les études épidémiologiques conduites pour évaluer les effets sur la santé à (plus) long terme des nouveaux emplois à haut risque (par exemple, les services de livraison à vélo, incluant les personnes employées ou celles dont le travail est géré par l'intermédiaire de plateformes numériques ; les intervenants dans l'industrie du divertissement sportif, notamment les sports de contact ; les emplois impliquant des formes particulières d'interaction avec les clients et le recours possible à des substances potentiellement nuisibles, telles que l'alcool ou d'autres substances psychoactives ; les nouvelles formes d'opérations en bourse à haut rendement, qui génèrent un niveau de stress important ; le personnel militaire et des services répressifs, etc.) et en ce qui concerne les victimes de harcèlement au travail et de mauvaise gestion. Le Comité renouvelle sa demande et

considère que dans l'hypothèse où les informations requises ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que les accidents du travail fassent l'objet d'un suivi efficace.

En ce qui concerne les maladies professionnelles, en réponse à la question posée dans la conclusion précédente, le rapport explique que, conformément aux dispositions du Code de la sécurité sociale et au règlement grand-ducal de 2016 déterminant le tableau des maladies professionnelles, une maladie professionnelle est une « altération organique ou fonctionnelle contractée par un assuré lors d'une activité professionnelle qui comporte l'exposition à un risque spécifique ». La maladie professionnelle est définie comme une maladie qui, selon les connaissances médicales, est causée par des influences spécifiques auxquelles certains groupes de personnes sont plus particulièrement exposés du fait de leur travail, et que le gouvernement a spécialement désignée dans une liste. Le rapport souligne qu'en dehors des maladies inscrites au tableau, la loi permet l'indemnisation d'une maladie non inscrite dans le tableau, dès lors que l'assuré démontre clairement son origine professionnelle.

Selon le rapport, il incombe au médecin de faire la déclaration à l'AAA dès qu'il a des suspicions fondées qu'une maladie a sa cause déterminante dans une activité professionnelle assurée. En cas de déclaration, le médecin remet une copie de la déclaration à son patient. Ensuite, l'AAA demande à l'employeur de fournir tous les renseignements concernant l'exposition professionnelle à des risques. Dans sa réponse, l'employeur indique notamment avec précision : le ou les postes de travail successivement occupés et les tâches y effectuées ; les gestes et postures de travail relatifs à chaque poste ainsi que les produits, machines et outils y utilisés ; la durée du temps de travail exposant le salarié aux différents gestes et postures de travail ainsi qu'aux produits, machines et outils en cause ; les mesures de protection prises contre les risques professionnels et les équipements de protection individuelle mis à disposition.

Il ressort du rapport que le nombre de cas de maladies professionnelles s'élevait à 109 en 2016, 99 en 2017, 100 en 2018 et 127 en 2019. Le Comité prend note de la liste des maladies les plus fréquentes pendant la période de référence et du nombre de cas recensés. Il relève que la paralysie des nerfs due à des pressions locales prolongées était semble-t-il la maladie professionnelle la plus fréquente en 2019, avec 26 cas au total.

Le rapport ne contenant pas les informations demandées dans la précédente conclusion sur les mesures prises ou envisagées pour lutter contre la sous-déclaration et la reconnaissance insuffisante des cas de maladies professionnelles, le Comité réitère sa demande. Il considère que dans l'hypothèse où les informations requises ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que les maladies professionnelles fassent l'objet d'un suivi efficace.

Activités de l'Inspection du travail

Le Comité a précédemment examiné (Conclusions XXI-2 (2017)) la situation en ce qui concerne les activités de l'Inspection du travail. Il a réservé sa position sur ce point et demandé que le rapport suivant indique la proportion de travailleurs couverts par les visites d'inspection et le pourcentage d'entreprises ayant fait l'objet de contrôles en matière de santé et de sécurité pour les années couvertes par la période de référence. Il a également demandé des informations sur le nombre d'agents (en distinguant les effectifs administratifs et les effectifs d'inspection) affectés au contrôle de l'application de la législation et de la réglementation en matière de sécurité et de santé au travail ainsi que sur le nombre de visites de contrôle général, thématique et inopiné effectuées exclusivement dans le but de vérifier le respect des dispositions légales et réglementaires en matière de santé et de sécurité au travail ; sur l'application de la législation et de la réglementation en matière d'inspection du travail sur l'ensemble du territoire national dans la pratique ; le détail, par type, des mesures administratives que les inspecteurs du travail sont habilités à prendre, le

nombre de mesures prises pour chaque type de mesures et les données chiffrées pour chaque année de la période de référence.

Les questions ciblées relatives aux activités de l'Inspection du travail concernaient l'organisation de l'Inspection du travail et l'évolution des ressources allouées aux services d'inspection, y compris les ressources humaines, le nombre de visites de contrôle portant sur la santé et la sécurité effectuées par les services d'inspection et la proportion de travailleurs et d'entreprises couverts par les inspections, ainsi que le nombre d'infractions constatées aux lois et règlements en matière de santé et de sécurité et la nature et le type de sanctions infligées. Enfin, il était aussi demandé si les inspecteurs étaient habilités à contrôler tous les lieux de travail, y compris les locaux habités, dans tous les secteurs de l'économie.

En réponse, le rapport indique que le total des effectifs de l'ITM s'élevait à 149 personnes en 2019 (dont 25 inspecteurs du travail et 29 inspecteurs du travail opérationnels sur le terrain). Il attire plus particulièrement l'attention sur l'augmentation du nombre des inspecteurs du travail qui sont opérationnels sur le terrain (15 en 2016, 22 en 2018, 29 en 2019) et souligne que leur nombre augmentera encore en 2020 (hors période de référence).

Selon le rapport, toutes ces augmentations du nombre d'inspecteurs durant la période de référence se sont traduites par une hausse du nombre des contrôles effectués en matière de sécurité et santé au travail : 1,782 en 2016, 3,031 en 2017, 3,667 en 2018 et 5,682 en 2019. Il ressort du rapport que le pourcentage d'entreprises contrôlées par l'ITM est passé de 6.03 % en 2016 à 18.54 % en 2019.

Le rapport fait également observer que le nombre des formations dispensées pour les inspecteurs du travail a considérablement augmenté depuis l'année 2016, ce qui permettra d'accroître la qualité des contrôles qui seront effectués en matière de conditions de travail et en matière de sécurité et santé au travail (le nombre d'heures de formation est passé de 6,005 heures en 2016 à 11,712 en 2019).

Le rapport explique que conformément aux dispositions légales, l'ITM peut effectuer des contrôles en matière de conditions de travail et de sécurité et santé au travail dans tous les chantiers, établissements, immeubles ainsi que leurs dépendances respectives et dans les locaux qui servent à l'habitation. Conformément à la loi concernant la sécurité dans les administrations et services de l'État, dans les établissements publics et dans les écoles, le Service national de la sécurité dans la fonction publique est compétent pour effectuer les contrôles en matière de sécurité et santé au travail. Le rapport précise par ailleurs que l'ITM n'est pas compétente pour le contrôle des gens de mer occupés sur un navire battant pavillon luxembourgeois. Le *Commissariat aux affaires maritimes* est compétent pour le contrôle des gens de mer en matière de sécurité et santé au travail.

Le Comité prend note des informations relatives au système de sanctions civiles et pénales qui garantit l'application des règlements de sécurité et d'hygiène. Il relève qu'en 2019, un nombre total de 4,551 injonctions, procès-verbaux et mises en demeure ont été adressés aux employeurs et que 980 amendes administratives, pour un montant total de 5,360,500 € ont été infligées aux employeurs concernés pour ne pas avoir respecté les injonctions de l'ITM.

Constatant que le rapport ne répond pas à sa question ciblée relative à l'évolution des ressources budgétaires allouées aux services de l'Inspection du travail, le Comité réitère sa demande. Il considère que dans l'hypothèse où les informations requises 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 Luxembourg 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 Luxembourg.

Le Comité rappelle qu'aux fins du présent rapport, il a été demandé aux États de répondre aux questions ciblées posées au titre de l'article 11§1 de la Charte ainsi que, le cas échéant, aux précédents constats de non-conformité 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 ses conclusions précédentes, le Comité a conclu que la situation au Luxembourg était conforme à l'article 11§1 de la Charte de 1961, dans l'attente des informations demandées (Conclusions XXI-2 (2017)). Son évaluation portera donc uniquement sur les informations fournies par le gouvernement en réponse aux questions ciblées.

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

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Dans le cadre du présent cycle, le Comité a demandé, sous forme de question ciblée, que le rapport fournisse des données statistiques globales et ventilées sur l'espérance de vie dans tout le pays et entre les différents groupes de population (population urbaine, population rurale, différents groupes ethniques et minorités, sans-abri ou chômeurs de longue durée, etc.) en identifiant les situations anormales (par exemple, des zones particulières sur le territoire, des professions ou des emplois spécifiques, la proximité de mines ou de sites hautement contaminés ou de zones industrielles actives ou à l'arrêt, etc.), et sur la prévalence de certaines maladies (comme le cancer) parmi les groupes concernés ou de maladies infectieuses transmissibles par le sang (par exemple, les nouveaux cas de VIH ou d'hépatite C parmi les usagers de drogues ou les détenus, etc.).

Le rapport indique que les données sur l'espérance de vie pour les différents groupes de population et les différentes régions du pays ne sont pas disponibles, principalement en raison de la petite taille du pays et parce qu'il est presque impossible de faire une différenciation pertinente sur le plan statistique entre les différents groupes de population ou entre la population rurale et la population urbaine.

Le rapport indique également que l'espérance de vie à la naissance était de 80,01 ans pour les hommes et 84,47 ans pour les femmes sur la période 2017-2019. Le Comité note que, d'après les données de la Banque mondiale, l'espérance de vie à la naissance pour les deux sexes était de 82,4 ans en 2019 (contre 82,2 ans en 2015). Selon les données Eurostat, l'espérance de vie moyenne à la naissance dans les 27 États membres de l'UE était estimée à 81,3 ans en 2019.

Le rapport fournit également des statistiques sur les causes de décès au cours de la période 1998-2018. Le Comité constate, d'après les données fournies, que parmi les principales causes de décès figurent les cancers, les maladies du système circulatoire et les maladies du système respiratoire.

Le Comité prend note, à partir des données d'une autre source, qu'au Luxembourg, près des trois quarts (71 %) de la population se déclare en bonne santé, en conformité avec la moyenne de l'UE (70 %). La même source indique que bien que l'écart en matière de santé

auto-évaluée en fonction du statut socio-économique soit moins prononcé par rapport à la majorité des autres pays, certaines disparités existent entre les groupes de revenus. Deux tiers des personnes dans le groupe des bas revenus indiquent être en bonne santé, contre plus des trois quarts dans le quintile de revenus le plus élevé (OCDE, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et Commission européenne, « Luxembourg : profils de santé par pays 2019 »).

Accès aux soins de santé

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

Le rapport indique que les services de soins de santé en matière de sexualité sont le *Planning Familial* et le CESAS (Centre national de référence pour la promotion de la santé affective et sexuelle). Le CESAS a pour objectif de promouvoir la santé affective et sexuelle à l'échelle nationale, grâce à des actions d'information, de sensibilisation et de formation.

Le rapport précise qu'en vertu de l'Accord de coalition 2018-2023, la santé affective et sexuelle fait partie intégrante de la santé et du bien-être. De plus, l'éducation à la santé affective et sexuelle sera encouragée et incluse en tant que thème transversal à tous les niveaux de l'enseignement général et professionnel. Le rapport indique que l'accès universel aux moyens de contraception et leur remboursement sur prescription médicale seront mis en œuvre sans limites d'âge ou de méthode, y compris le remboursement de la contraception d'urgence, à condition que ces méthodes soient sûres et fiables.

Le Comité prend note des mesures annoncées dans le cadre de l'Accord de coalition 2018-2023 en ce qui concerne l'accès aux contraceptifs. Il demande des informations sur l'application de ces mesures et toute autre action/mesure prise pour veiller à ce que les femmes et les filles aient accès aux méthodes de contraception modernes. Il demande également des informations sur la part du coût des contraceptifs qui n'est pas couverte par l'État (lorsque cette dépense n'est pas totalement remboursée par ce dernier).

En ce qui concerne l'avortement, le rapport indique que l'interruption volontaire de grossesse peut être prescrite par le médecin traitant au cours des sept premières semaines de grossesse. L'absence de chiffres et de statistiques s'explique par l'absence de code dans la nomenclature de la Caisse nationale de santé (CNS) pour désigner l'avortement sur demande, qui est donc classé dans les avortements médicaux.

Le rapport indique que depuis 2009, le *Planning Familial* a réalisé 4 755 avortements médicaux dans son centre au Luxembourg. Les mêmes données communiquées par le *Planning Familial* montrent que le pourcentage de femmes allant se faire avorter à l'étranger stagne à 1,5 %.

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

Le rapport fournit des données statistiques sur la maternité précoce. Il indique qu'en Europe, la proportion moyenne de mères âgées de moins de 20 ans est de 3 %, ce qui place le Luxembourg dans la moyenne basse avec un taux de 1,2 %.

Le rapport fournit des données statistiques détaillées sur la mortalité infantile. Il indique que le taux de mortalité infantile (totale des décès de nourrissons de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes) s'élevait à 2,71 en 2018. Le Comité observe, selon les données Eurostat, que le taux de mortalité infantile a augmenté sur la période de référence actuelle, passant de 3,8 en 2016 à 4,7 en 2019 (contre 2,8 en 2015). D'après Eurostat, la moyenne des 27 États membres en 2019 était de 3,4 décès de nourrissons pour 1 000 naissances vivantes. Au vu de la tendance croissante et étant donné que le taux de mortalité infantile

semble être supérieur à la moyenne de l'UE, le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées et recense les mesures prises dans ce domaine.

En ce qui concerne la mortalité maternelle, le rapport indique qu'il n'y a eu aucun décès en 2014, 2015 et 2016. Le Comité constate, selon les données de la Banque mondiale, que le taux de mortalité maternelle s'élevait à 5 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2016 et 2017 (dernières données disponibles), soit une diminution par rapport à la précédente période de référence (6 en 2014). Il note que la moyenne de l'UE en 2017 était de 6 décès pour 100 000 naissances vivantes.

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

Dans ses conclusions précédentes, le Comité a demandé si les personnes transgenres devaient subir des interventions médicales, notamment la stérilisation, aux fins de la reconnaissance juridique du genre (Conclusions XX-2 (2013), Introduction générale ; Conclusions XXI-2 (2017)). Le rapport indique qu'actuellement la mention du sexe dans les actes d'état civil est modifiée conformément à l'article 99 du Code civil, qui vise à permettre la rectification de ces actes. Les personnes souhaitant modifier leur genre et, accessoirement, leur(s) prénom(s), déposent une requête auprès du tribunal de district, qui statue sur les conclusions du procureur. En l'absence d'un cadre législatif spécifique, les conditions et les critères permettant d'obtenir la modification de la mention du sexe et du ou des prénoms ont été établis par la jurisprudence. Le tribunal de district de Luxembourg a conclu, dans une décision rendue le 1^{er} juin 2016, qu'« au vu des développements internationaux encourageant les États à cesser la stérilisation et des principes énoncés à l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme, le tribunal estime que le principe de l'irréversibilité du changement de sexe par une opération à des fins de conversion sexuelle impliquant la stérilisation ne peut être maintenu » et « que l'irréversibilité doit donc concerner uniquement la transformation de l'apparence de la personne (...) ».

Le rapport ajoute que le ministre de la Justice a déposé, le 31 mai 2017, le projet de loi n° 7146 relatif à la modification de la mention du sexe et du ou des prénoms sur les actes d'état civil. Cette loi vise à remplacer la procédure judiciaire actuellement applicable par une procédure administrative rapide et facilement accessible fondée sur les principes de l'auto-détermination et de la dépathologisation, sans exiger de certificats médicaux justifiant la demande. À cet égard, il est proposé d'interdire l'obligation de stérilisation, d'intervention chirurgicale ou de tout autre traitement médical comme condition préalable à la modification de la mention du sexe et du ou des prénoms.

Le Comité se réfère 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 s'abstenir de toute 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 ou traitements médicaux (au regard de l'article 11§2). Le rapport contient des informations sur les mesures permettant de garantir le consentement éclairé aux interventions ou traitements médicaux. En vertu de l'article 8 de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, le patient prend, avec les professionnels de santé, les décisions concernant sa santé. Les soins de santé ne sont dispensés à un patient que moyennant son consentement préalable, libre et éclairé, donné à la suite d'une information adéquate. Le consentement doit être donné par écrit pour les interventions et les procédures/traitements à haut risque. Le patient peut refuser ou retirer son consentement à tout moment, sans qu'une telle décision n'entraîne l'extinction du droit à des soins de santé de qualité en fonction des options thérapeutiques acceptées. Le consentement ou le refus de consentir du patient doit être donné de façon expresse. Le consentement peut être tacite lorsque le professionnel de santé, après avoir adéquatement informé le patient, peut raisonnablement déduire du comportement de celui-ci qu'il consent aux soins de santé conseillés. Le professionnel de santé qui recueille la décision du patient veille à ce que le patient ait compris les informations fournies au moment de prendre une décision concernant sa santé.

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 axées sur les mesures prises pour soigner les malades (nombre suffisant de lits d'hôpital, y compris d'unités de soins intensifs et d'équipements, et déploiement rapide d'un nombre suffisant du personnel médical).

En ce qui concerne la prise en charge des malades, le rapport indique qu'en fonction de la situation pandémique, les hôpitaux luxembourgeois ont adapté leur capacité et leur organisation. Le rapport ajoute que quatre phases ont été définies : (i) Phase 1 : les patients ne sont pris en charge qu'au sein du service national des maladies infectieuses du CHL (20 personnes en service conventionnel, 4 en soins intensifs) ; (ii) Phase 2 : les quatre groupes hospitaliers du pays accueillent des patients ; (iii) Phase 3 : déprogrammation des interventions non urgentes et des soins non-covid ; (iv) Phase 4 : 264 lits en service conventionnel et environ 100 lits en soins intensifs.

Le rapport fournit également des informations sur les mesures prises dans les maisons de retraite, ainsi que les mesures prises pour les personnes sans ressources et sans-abri pendant la pandémie de covid-19.

Le rapport indique qu'il ne semblait pas approprié d'évaluer l'adéquation des mesures prises au moment de sa rédaction, étant donné que les évaluations scientifiques des différentes mesures mises en œuvre après la fin de la pandémie étaient attendues.

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

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

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

Conclusion

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

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 Luxembourg était conforme à l'article 11§2 de la Charte (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.

Le rapport fournit une description détaillée des plans d'actions concernant le cancer, le tabac, l'alcool, les drogues, la lutte contre l'hépatite C, le VIH et le sida, la démence, la gériatrie, les antibiotiques et les maladies rares. Le Comité prend note des mesures, des campagnes d'information et de sensibilisation prises pendant la période de référence au niveau de la population et des écoles.

Il observe notamment que le plan d'action national interministériel « *Gesond iessen – Mèi bewegen* » (« Mangez sainement – Faites plus d'exercice », GIMB) a été lancé en 2006 afin de combattre la problématique croissante de l'obésité et de la sédentarité (manque d'activité physique) dans la population en général et auprès des enfants et adolescents en particulier. Selon le rapport, GIMB est un programme interministériel qui permet d'agir en commun pour améliorer la santé de la population. Le Comité note que les actions et mesures du nouveau plan cadre national GIMB pour 2018-2025 visent à inciter les citoyens, quel que soit leur âge, à adopter un mode de vie sain en mangeant de manière plus équilibrée et en pratiquant une activité physique régulière et adaptée.

Le Comité a précédemment noté que les activités d'éducation à la santé en milieu scolaire constituent en des interventions de promotion de la santé et d'éducation à la santé à un niveau collectif (interventions dans les classes, participation à des initiatives au niveau de l'établissement) et des interventions individuelles dans le cadre de la surveillance et du suivi médico-scolaire (Conclusions XXI-2 (2017)). Les thématiques abordées sont très diversifiées, adaptées à l'âge et aux populations ciblées (alimentation saine, activité physique, santé sexuelle, consommation de drogues légales et illégales, maladies sexuellement transmissibles, violence, maltraitance, hygiène, prévention du cancer, prévention du suicide, santé mentale, sommeil).

Le rapport indique que le plan d'action national sur la « Santé affective et sexuelle » a été élaboré (en 2019) par les quatre ministères suivants : Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse, Ministère de l'Égalité des chances, Ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région, et Ministère de la Santé. Les objectifs de ce plan sont les suivants : renforcement des connaissances et des compétences de différents publics cibles spécifiques en matière de santé affective et sexuelle ; promotion de l'autodétermination et du respect mutuel dans le contexte d'un monde de plus en plus numérisé et globalisé ;

accession à la santé affective et sexuelle dans tous les établissements scolaires, éducatifs et d'accueil, mais aussi au sein des établissements médico-sociaux, sociaux et associatifs ; veille à l'accessibilité des initiatives menées, notamment en matière de langue, d'éducation, de culture, de milieu socio-économique et de localisation géographique.

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 le premier Plan d'action national pour la promotion des droits des personnes LGBTI a été adopté le 13 juillet 2018. Ce plan pluriannuel définit une approche globale dans le domaine. Selon le rapport, il comprend huit chapitres thématiques portant sur différentes sphères de la vie, notamment l'éducation, l'emploi et le travail, la santé, la famille, l'accueil et l'intégration, la discrimination, les crimes de haine et les discours de haine, l'égalité des personnes transgenres et l'égalité des personnes intersexes. Le plan prévoit de nombreuses actions de sensibilisation et de formation sur les questions de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre et de la variation des caractéristiques sexuées. Ces actions visent le grand public et des groupes ciblés (par exemple, les enfants, les jeunes ou les professionnels de la santé). Le Comité note que, d'après le rapport, certaines actions se focalisent depuis 2018 sur des thématiques spécifiques (par exemple, la campagne de sensibilisation sur l'intersexuation organisée par le ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région).

Consultations et dépistage des maladies

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la situation du Luxembourg 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)).

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Luxembourg 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 Luxembourg.

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 Luxembourg 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 présente des extraits de règlements internes du système carcéral portant entre autres sur les effectifs en personnel de santé, l'accès aux soins primaires ou spécialisés, les obligations de rapport, la couverture des coûts et les soins de santé mentale.

Services de santé mentale de proximité

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

Le rapport fournit des informations complètes sur l'offre de soins de santé mentale dans ses sections sur l'article 11§§1 et 3 de la Charte. Le rapport donne un aperçu du Plan National de Prévention du Suicide 2015-2019 et fournit des informations montrant une baisse du nombre de suicides pendant la période de référence, qui est passé de 85 en 2014 à 58 en 2018, un taux légèrement en-dessous de la moyenne de l'Union Européenne. Le rapport donne ensuite un aperçu des activités de la division de la médecine sociale, des maladies

de la dépendance et de la santé mentale, placée sous la tutelle du Ministère de la Santé et chargée de fonctions de coordination, de planification et de surveillance. Le rapport décrit de manière détaillée les services disponibles ainsi que les activités effectuées, entre autres les soins de santé en résidentiel et en ambulatoire, les centres de jour, les ateliers protégés, les groupes thérapeutiques, l'aide à domicile, l'hébergement, l'emploi assisté, la sensibilisation ou la formation professionnelle. Le rapport indique que, en principe, l'accès aux soins de santé mentale nécessite qu'un médecin généraliste ou un spécialiste oriente le patient, et il donne un aperçu de la structure de l'offre de soins de santé mentale, qui comprend des services de psychiatrie aiguë dans des hôpitaux généraux, des lits de moyen séjour et de long séjour, des transferts à l'étranger pour y recevoir des soins, des services résidentiels et des centres de jour.

Le Comité renvoie au rapport de 2017 du Comité des droits des personnes handicapées, où il était indiqué que le Luxembourg n'avait pas de plan d'action assorti d'un calendrier spécifique et d'un financement approprié pour la désinstitutionnalisation des personnes handicapées. Le rapport du Réseau d'études européen d'experts dans le domaine du handicap (Academic Network of European Disability Experts – ANED) sur le Luxembourg publié en 2019 a conclu que le placement en institution demeurerait répandu au Luxembourg et qu'en raison du coût élevé du logement, il était difficile pour les personnes handicapées ne disposant pas de ressources financières suffisantes de vivre hors des établissements de soins.

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

En conséquence, le Comité demande les informations suivantes :

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

- la façon dont les services sont financés, la façon dont les coûts liés au handicap sont financés, et la façon dont les personnes sont évaluées pour l'accès aux différents services d'aide et allocations ;
- la façon dont la qualité des services de proximité est suivie, et la façon dont les personnes handicapées et leurs organisations représentatives sont associées à la fourniture, au suivi ou à l'évaluation des services de proximité.

Prévention de la toxicomanie et réduction des risques

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

Le rapport fournit des informations complètes sur les programmes de prévention, de réduction des risques, de traitement et de réhabilitation destinés aux toxicomanes, ainsi que des informations sur le nombre d'usagers pour chaque type de service, ventilées par sexe et par âge. Il existe en particulier diverses initiatives concernant la réduction des risques et les traitements, notamment les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, les salles de consommation supervisées, les unités mobiles de soins de santé, le dépistage, la vaccination, l'accompagnement psychologique ou le traitement par agonistes opioïdes. Le rapport indique que le gouvernement n'établit pas de statistiques sur le nombre de décès liés à la drogue ou sur la transmission de maladies infectieuses entre usagers de substances psychoactives, notamment par injection. Le rapport présente également la stratégie nationale en matière d'addictions et le plan d'action 2020-2024 en matière de drogues d'acquisition illicite qui l'accompagne, ainsi que les activités pertinentes de la division de la médecine sociale, des maladies de la dépendance et de la santé mentale.

Le Comité renvoie au rapport sur le Luxembourg publié en 2017 par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, qui indique une hausse de la prévalence des maladies infectieuses liées à la consommation de drogues et un taux de mortalité liée aux drogues supérieur à la moyenne européenne.

Le Comité réitère sa demande d'informations concernant la gestion de la toxicomanie en prison, notamment par la dissuasion, l'éducation et des approches de réduction des risques fondées sur la santé publique.

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 présente une liste de règlements sur la gestion de l'eau, des données sur les restrictions d'utilisation de l'eau dues à des contaminations sur la période allant de 2016 à 2019 et le nombre de dérogations accordées pour les dépassements des valeurs limites fixées en matière de pollution de l'eau. Le rapport présente également une liste de règlements portant sur la pollution des sols et la pollution par le bruit, sans fournir de contexte ou d'analyse.

Le Comité note que le rapport ne répond pas à tous les points soulevés dans la question ciblée, à savoir ceux concernant la pollution de l'air et 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, de même que ceux concernant 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. Par conséquent, le Comité réitère sa demande et rappelle que si les informations nécessaires ne sont pas fournies dans le prochain rapport, rien ne permettra au Comité d'établir que la situation du Luxembourg est conforme à l'article 11§3 de la Charte sur ce point.

Vaccinations et surveillance épidémiologique

Le Comité a demandé aux États parties, sous forme de question ciblée, 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 vu qu'aucune entreprise pharmaceutique n'est établie au Luxembourg et vu les coûts associés et la taille du pays, le Luxembourg n'a pas fait une priorité de la recherche sur les vaccins.

Covid-19

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

Le rapport décrit les mesures prises pour protéger les personnes âgées vivant dans des structures d'hébergement, et les personnes sans domicile, dans le contexte de la pandémie de covid-19, ainsi que les mesures préventives applicables à la population générale, telles que les couvre-feux, l'accès restreint aux services ouverts au public, les restrictions visant les rassemblements publics, les obligations en matière de port du masque, la distanciation physique, l'accès adapté aux établissements de santé publique, l'accès aux transports publics et aux activités sportives et culturelles, le dépistage et le traçage des contacts.

Le Comité rappelle que les États parties doivent prendre des mesures pour prévenir et limiter la propagation du virus, parmi lesquelles le dépistage et le traçage, la distanciation physique et l'auto-isollement, la fourniture de masques appropriés et de produits désinfectants, ainsi que l'imposition de mesures de quarantaine et de « confinement ». Toutes ces mesures doivent être conçues et mises en œuvre en tenant compte de l'état actuel des connaissances scientifiques et conformément aux normes applicables en matière de droits de l'homme (Observation interprétative sur le droit à la protection de la santé en

temps de pandémie, 21 avril 2020). De plus, l'accès aux soins de santé doit être assuré à tous sans discrimination. Cela implique que les soins de santé en cas de pandémie doivent être effectifs et abordables pour tous, et que les groupes vulnérables particulièrement exposés à de hauts risques, tels que les sans-abris, les pauvres, les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes vivant en institution, les personnes détenues en prison et les personnes en situation irrégulière doivent être protégés de manière appropriée par les mesures sanitaires mises en place (Observation interprétative sur le droit à la protection de la santé en temps de pandémie, 21 avril 2020).

Conclusion

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

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 1 - Existence d'un système de sécurité sociale

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

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

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2017), le Comité a considéré que le champ d'application personnel du système de sécurité sociale était satisfaisant. Il relève dans le rapport qu'en 2018, 279 327 résidents actifs étaient couverts par la sécurité sociale, ainsi que 99 253 pensionnés et 178 718 résidents coassurés. Il note qu'au total, 557 299 résidents étaient assurés. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations à jour sur le champ d'application personnel des différentes branches de la sécurité sociale. En ce qui concerne les soins de santé, il demande quel pourcentage de la population résidente est couvert. S'agissant des prestations versées en remplacement des revenus, il demande quel pourcentage de la population active est couvert contre les risques de chômage, de vieillesse, d'accident du travail et de maladie professionnelle.

Caractère suffisant des prestations

Selon les données Eurostat, le seuil de pauvreté fixé à 50 % du revenu médian ajusté était de 1 515 € par mois. Fixé à 40 % du revenu médian ajusté, il était de 1 212 € par mois.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que les montants minima des prestations servies en cas de maladie, d'accident du travail et de chômage étaient suffisants. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations à jour concernant ces montants.

S'agissant du montant minimum de la pension de vieillesse, le Comité l'a précédemment jugé insuffisant, au motif qu'il était inférieur à 40 % du revenu médian ajusté pour les personnes qui n'avaient pas été assurées pendant au moins 40 ans.

Le Comité relève dans le rapport que le droit à une pension de vieillesse dépend de l'âge et de la durée du stage (périodes d'assurance pension) accompli par l'assuré. On distingue entre les périodes d'assurance obligatoire, c.-à-d. les périodes cotisées (activité professionnelle rémunérée, revenu de remplacement, petite enfance, etc.) et les périodes complémentaires, c.-à-d. les périodes non cotisées, mais prises en compte pour le stage (éducation des enfants, études, etc.) Sur une base volontaire, l'assurance continuée et l'assurance facultative permettent à l'assuré d'éviter les interruptions d'assurance en cas d'arrêt ou de réduction de l'activité professionnelle. Sous certaines conditions, il est aussi possible d'effectuer un achat rétroactif de périodes effectives. Les périodes d'assurance obligatoire et les périodes volontaires, c.-à-d. l'ensemble des périodes cotisées, constituent les périodes effectives. A 65 ans, soit l'âge légal de la retraite, un assuré a droit à une pension de vieillesse à condition d'avoir accompli un stage d'au moins 120 mois (10 ans) de périodes effectives d'assurance pension.

Selon le rapport, le montant d'une pension de vieillesse dépend essentiellement de la durée de stage d'assurance accompli et de la base d'assiette totale accumulée durant le stage. Le montant moyen de toutes les pensions versées en décembre 2018 s'élevait à 1 910,14 € et à 2 109,65 € pour les pensions de vieillesse.

Le Comité relève dans le MISSCEO qu'en ce qui concerne la pension minimum, aucune pension ne peut être inférieure à 90 % du montant de référence pour les personnes ayant été assurées pendant au moins 40 ans : par conséquent, le montant minimum est de 1 841,51 € par mois. Si l'intéressé ne totalise pas la durée d'assurance requise, la pension minimale est réduite de 1/40^e par année manquante. Le Comité demande quel est le montant minimum absolu que peut obtenir à titre de pension de vieillesse une personne

totalisant moins de 10 années de périodes d'assurance effective. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

Conclusion

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

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

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

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

Le Comité rappelle que le Luxembourg a ratifié le Code européen de sécurité sociale et son Protocole le 3 avril 1968, et a accepté toutes les parties du Code.

Le Comité relève dans la Résolution CM/ResCSS(2020)11 du Comité des Ministres sur l'application du Code européen de sécurité sociale et de son Protocole par le Luxembourg (période du 1^{er} juillet 2018 au 30 juin 2019) que la législation et la pratique du Luxembourg continuent à donner pleinement effet aux dispositions du Code et du Protocole. Dès lors, le Luxembourg 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 Luxembourg 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 Luxembourg.

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 Luxembourg était conforme à l'article 12§3 de la Charte de 1961 (Conclusions XXI-2 (2017)). Il limitera donc son examen aux réponses données par le Gouvernement aux deux questions ciblées, à savoir :

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

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

Travailleurs des plateformes numériques

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

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

Le Comité note que dans son rapport, le Gouvernement a fait état des évolutions du cadre juridique de la sécurité sociale ; en particulier, plusieurs lois ont été adoptées en 2018 aux fins notamment de modifier le Code de la sécurité sociale, le Code du travail et d'autres textes législatifs. Le Gouvernement n'a toutefois fourni aucune information au sujet de la couverture sociale des travailleurs des plateformes numériques. Par conséquent, le Comité réitère sa question. Il demande que le prochain rapport contienne des informations sur le nombre de travailleurs des plateformes numériques/leur proportion (pourcentage) par rapport au nombre total de travailleurs, leur statut (salariés, indépendants et/ou autre catégorie), le nombre/pourcentage de ces travailleurs par statut ainsi que la couverture

sociale dont ils bénéficient (par statut). Dans l'intervalle, le Comité réserve sa position sur ce point.

Covid-19

S'agissant de la seconde question, le Comité relève que le Gouvernement a fourni (sous l'article 13§3) des informations sur des mesures prises en 2020 pour atténuer l'impact négatif de la crise liée à la covid-19 sur la couverture sociale. Par exemple, un congé rémunéré a été mis en place pour les salariés et les travailleurs indépendants devant cesser de travailler pour s'occuper d'une personne majeure en situation de handicap ou d'une personne âgée suite à la fermeture d'un service agréé pour personnes handicapées ou âgées (règlement grand-ducal du 3 avril 2020 portant introduction d'un congé pour soutien familial dans le cadre de la lutte contre la covid-19).

Conclusion

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

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 Luxembourg.

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

Le Comité note d'après le rapport que, concernant l'égalité de traitement des ressortissants de pays tiers, le Luxembourg a signé divers accords de coopération bilatérale dans le domaine de la sécurité sociale. Le Luxembourg est lié par un accord bilatéral avec les pays suivants qui ne sont pas membres de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen : l'Albanie, la Bosnie-Herzégovine, la Macédoine du Nord, la République de Moldova, le Monténégro, la Serbie et la Turquie. De nouvelles conventions sont en cours de ratification, notamment avec la Russie et l'Ukraine.

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2017), le Comité a noté d'après le rapport que la législation nationale en matière de sécurité sociale garantit l'ouverture du droit aux prestations de sécurité sociale sans discrimination. Le Comité demande quelle base juridique garantit l'égalité d'accès au système de sécurité sociale des ressortissants des États parties et si la législation garantit l'égalité des conditions ouvrant droit aux prestations (par ex. une durée obligatoire de résidence non excessive pour l'octroi de prestations non contributives). Le Comité considère que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne lui permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte concernant l'égalité d'accès.

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, pour la plupart, 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, les États parties sont tenus d'assurer la protection économique de la famille par des moyens appropriés. Le principal moyen devrait consister en des prestations pour enfants versées dans le cadre de la sécurité sociale, prestations 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'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 les nationaux, assurant ainsi l'égalité de traitement de tous les enfants qui résident dans le pays. À l'aune de l'article 16, le Comité examinera l'égalité d'accès des familles aux prestations familiales et la question de savoir si la législation impose aux familles une durée obligatoire de résidence pour l'octroi des allocations pour enfants à charge.

Dans sa précédente conclusion, le Comité a noté d'après le rapport que le versement des prestations familiales était subordonné à la condition que l'enfant réside sur le territoire du Luxembourg. Le Comité considère que la situation est en conformité sur ce point.

Droit à la conservation des avantages acquis

Dans sa précédente conclusion, le Comité a jugé la situation conforme sur ce point.

Le Comité rappelle que les prestations de vieillesse, d'invalidité ou de survivant et les rentes d'accidents du travail ou de maladie professionnelle acquises au titre de la législation d'un État et aux conditions d'octroi fixées par cette législation devraient être maintenues (exportées) même si l'intéressé s'installe dans un autre État. Le Comité demande que le prochain rapport indique comment la conservation des avantages acquis est garantie aux ressortissants des États parties avec lesquels des accords bilatéraux n'ont pas été conclus.

Maintien des droits en cours d'acquisition

Dans sa précédente conclusion, le Comité a jugé la situation conforme sur ce point.

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

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

Le Comité demande comment le maintien des droits en cours d'acquisition est garanti aux ressortissants des États parties avec lesquels des accords bilatéraux n'ont pas été conclus.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation du Luxembourg est conforme à l'article 12§4 de la Charte de 1961.

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 Luxembourg.

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 de 1961 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 (i.e. après le 31 décembre 2019). En d'autres termes, la réponse ne sera pas évaluée à des fins de conformité avec la Charte dans le cadre du présent cycle d'examen.

Le Comité avait ajourné en 2017 sa précédente conclusion.

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

Le rapport fait référence au revenu minimum garanti (RMG). Il note que la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale (REVIS) est entrée en vigueur le 1er janvier 2019 visant à remplacer le revenu minimum garanti (RMG). La loi poursuit quatre objectifs, dont le deuxième vise plus particulièrement les personnes les plus éloignées du marché de l'emploi : concrétiser une approche d'inclusion sociale ; établir un système cohérent de politiques de stabilisation, d'activation sociale et de réinsertion professionnelle ; agir contre la pauvreté des enfants et des familles monoparentales ; procéder à une simplification administrative. Le REVIS est composé de : l'allocation d'inclusion (ancienne "allocation complémentaire" du RMG) : il s'agit d'une aide financière en faveur du ménage, qui donne des moyens de subsistance de base aux personnes qui n'ont pas de revenus ou dont les revenus n'atteignent pas un certain seuil ; – l'allocation d'activation (ancienne "indemnité d'insertion" du RMG) : elle est destinée à soutenir financièrement une personne qui participe à une mesure d'activation.

Pour pouvoir bénéficier du REVIS, le demandeur doit : résider officiellement et effectivement au Grand-Duché de Luxembourg ; avoir au moins 25 ans ; disposer de ressources insuffisantes pour sa communauté domestique ; être inscrit à l'Agence pour le développement de l'emploi (ADEM) et rechercher activement un emploi, sauf à en être dispensé ; être prêt à épuiser toutes les possibilités légales pour améliorer sa situation. Une personne de moins de 25 ans peut bénéficier du REVIS, si : elle élève un enfant pour lequel elle touche les allocations familiales ; elle est enceinte (à partir de huit semaines avant l'accouchement) ; elle est inapte à gagner sa vie, à partir de sa majorité ; elle a la qualité d'aidante d'une personne bénéficiaire de l'assurance dépendance, à partir de sa majorité. Une augmentation est entrée en vigueur en 2020, mais donc en dehors de la période de référence.

La loi du 18 décembre 2009 organisant l'aide sociale prévoit que toute personne séjournant au Luxembourg a droit à l'aide, conformément à la législation en vigueur. L'aide intervient à titre subsidiaire, est individualisée et destinée à permettre une vie conforme à la dignité humaine. Par la création de 30 offices sociaux, qui sont des établissements publics placés

sous la surveillance des communes, l'aide sociale a été placée dans une dynamique préventive pour briser le cercle de l'exclusion sociale. En effet, à part d'assurer aux personnes dans le besoin et à leur famille l'accès aux biens et aux services adaptés à leur situation, la loi aide à préserver ou à acquérir l'autonomie. L'aide est de nature palliative, curative ou préventive et intervient à titre subsidiaire, complétant ainsi les mesures sociales et les prestations financières prévues par d'autres lois et règlements, que le bénéficiaire est tenu d'épuiser.

Pour une personne dans le besoin qui ne remplit pas les conditions d'éligibilité de l'aide sociale, la loi prévoit encore en son article 27 la possibilité d'un secours humanitaire d'urgence, de courte durée. Tous les ressortissants étrangers, qu'ils se trouvent légalement sur le territoire ou non, tombent dans le champ d'application de l'article 27. Par ailleurs, le Gouvernement met en place depuis 2001 l'Action Hiver, dite « Wanteraktioun (WAK) », dont le but est d'éviter que des personnes sans-abri ne soient victimes d'hypothermie par période de grand froid. Elle débute généralement le 1er décembre et se termine le 31 mars.

Dans sa conclusion XXI-1 (2017) le Comité avait compris que toutes les personnes dépourvues de ressources qui ont moins de 25 ans, ont été licenciées pour faute grave ou ne satisfont pas aux obligations liées aux dispositifs d'insertion professionnelle peuvent demander une aide sociale au titre de la loi de 2009 (mais ne peuvent pas recevoir REVIS). Le Comité avait demandé des précisions concernant les conditions d'éligibilité pour l'aide en question ainsi que le montant moyen de cette prestation. Cette information n'est pas fournie, mais le Comité note que selon le rapport toute personne résident au Luxembourg peut accéder à l'assistance sociale sous l'article 27 de la Loi d'assistance sociale de 2009. Le Comité demande des précisions sur ce point.

S'agissant de l'assistance médicale, le rapport indique que depuis 2009 toute personne résidente sur le territoire luxembourgeois en bénéficie, indépendamment de son statut juridique, qu'elle soit ou non assurée et quelles que soient ses ressources financières. Si la personne dans le besoin n'est pas assurée autrement, les bureaux d'aide sociale prennent en charge les frais liés à l'aide médicale et à l'hospitalisation. Depuis le 1er janvier 2013, les personnes à revenus modestes peuvent demander à leur bureau d'aide sociale une assistance pour les soins médicaux et dentaires. Elles peuvent bénéficier, dans le cadre de l'assistance sociale, d'une prise en charge directe des soins médicaux.

Niveaux de prestations

Le Comité tient compte, dans son appréciation de la situation pour la période considérée, des éléments ci-après :

- Prestations de base : selon la base de données MISSOC de 31 décembre 2019, une personne seule percevait 1 455,25 € en 2019 par mois au titre du revenu minimum garanti.
- Prestations complémentaires : l'allocation logement, versée par le ministère du Logement, est destinée à aider les ménages les plus défavorisés à louer un logement décent. Le montant de cette aide mensuelle peut – selon le revenu et la composition du ménage – atteindre 300 €.
- Seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté établi par l'Eurostat : il était estimé à €1 515 € en 2019.

Le Comité considère donc que le niveau d'assistance sociale est suffisant.

Droit de recours et assistance judiciaire

Le Comité avait demandé que le prochain rapport contienne des informations à jour sur le droit de recours (y compris pour les prestations octroyées au titre de la loi de 2009 organisant l'aide sociale) et l'aide judiciaire.

Le rapport précise que la demande d'obtention du REVIS est à adresser au Fonds national de solidarité (FNS). Le demandeur peut s'opposer aux décisions prises par le FNS et ceci conformément à l'article 34 de la loi REVIS, modifiée du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale règle les voies de recours ouvertes contre les décisions du Fonds national de solidarité.

Ainsi, les intéressés ont le droit de se pourvoir contre toute décision du FNS devant le président du conseil arbitral des assurances sociales dans un délai de quarante jours à partir de la notification de la décision attaquée. De même, l'article 26 de la loi relative à l'aide sociale dispose que « Tout requérant de l'aide sociale dispose d'un droit de recours devant le conseil arbitral et devant le conseil supérieur des assurances sociales ». Le droit au REVIS tout comme le droit à l'aide sociale est garanti par la loi modifiée du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale (REVIS) ainsi que la loi du 18 décembre 2009 organisant l'aide sociale. En cas de décision négative quant à l'octroi, un recours contre la décision est ouvert devant les juridictions sociales. En ce qui concerne les décisions rendu en dernier ressort et les décisions du conseil supérieur, celles-ci peuvent faire l'objet d'un pourvoi en cassation. Toute décision doit contenir des instructions au sujet des voies de recours, notamment la possibilité de former un recours, le délai et l'autorité devant laquelle il doit être formé.

De plus, le rapport note que, en principe, peuvent bénéficier de l'assistance judiciaire les personnes bénéficiant du REVIS dans les limites des montants déterminés suivant les dispositions de l'article 5 de la loi du 28 juillet relative au revenu d'inclusion sociale, ainsi que les personnes qui vivent en communauté domestique d'un tel bénéficiaire et dont les revenus et la fortune ont été pris en considération pour la détermination d'un REVIS. Sont également éligible les personnes qui, sans bénéficier du REVIS, se trouvent toutefois dans une situation de revenus et de fortune telle que, si elles remplissaient les autres conditions prévues par la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale, elles auraient droit à l'attribution du REVIS.

Champ d'application personnel

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

Ressortissants étrangers légalement présents sur le territoire

Dans sa précédente conclusion de 2017, le Comité avait demandé si le fondement juridique de l'assistance sociale et médicale octroyée aux ressortissants de pays n'appartenant pas à l'EEE installés légalement sur le territoire, durant les cinq premières années de résidence est aussi la loi de 2009 organisant l'aide sociale. Si tel est le cas, il avait demandé que le prochain rapport fournisse des informations plus détaillées concernant les conditions d'éligibilité (par exemple le critère des ressources) pour la prestation en question ainsi que le montant moyen. Entre-temps, le Comité avait réservé sa position sur cette question.

Le rapport note que désormais, les demandeurs qui ne sont pas ressortissants du Grand-Duché de Luxembourg ou d'un autre Etat membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen ou de la Suisse, doivent faire preuve d'une résidence effective pendant cinq ans au cours des 20 dernières années. En sont dispensés les bénéficiaires de la protection internationale. Pour pouvoir bénéficier du REVIS, le demandeur doit donc : résider officiellement et effectivement au Grand-Duché de Luxembourg ; avoir au moins 25 ans ; disposer de ressources insuffisantes pour sa communauté domestique ; être inscrit à l'Agence pour le développement de l'emploi (ADEM) et rechercher activement un emploi, sauf à en être dispensé ; être prêt à épuiser toutes les possibilités légales pour améliorer sa situation.

Les demandeurs en provenance d'un pays de l'Union européenne, qui sont nouvellement entrés au pays, n'ont pas droit au REVIS pendant les trois premiers mois de leur séjour au Luxembourg. Selon le rapport, si la personne dans le besoin est légalement domiciliée au Luxembourg, elle a droit à l'assistance sociale octroyée par le bureau d'aide sociale de sa commune de résidence, mais notamment pour ce qui concerne les soins médicaux et l'hospitalisation. Les ressortissants des Etats parties à la Charte ont donc accès à l'assistance médicale sur un pied d'égalité avec les nationaux, et non pas seulement aux soins d'urgence.

Le Comité considère donc qu'il existe une différence entre les ressortissants de l'EEE et les ressortissants non-EEE des États parties à la Charte en séjour régulier. Pour ce dernier cas, une assistance médicale est fournie, mais pas d'accès à REVIS. Il y a peut-être d'autres avantages financiers, y compris des allocations de logement ou des bons d'alimentation, mais pas d'égalité d'accès à l'aide sociale. Ils sont traités et suivent le même système que celui disponible pour les résidents illégaux, consistant en une courte assistance d'urgence. Le Comité demande que le prochain rapport indique combien de temps il dure et combien il est en moyenne. En attendant, il réserve sa position sur ce point.

R ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire

S'agissant de l'assistance médicale d'urgence, l'agence sociale peut prendre en charge certains frais concernant des personnes privées de ressources non couvertes par une assurance maladie. Dans le domaine de la santé des migrants, l'Inspection sanitaire du ministère de la Santé s'occupe du contrôle sanitaire obligatoire des demandeurs de protection internationale.

L'article 27 de la loi organisant l'aide sociale prévoit la possibilité d'un secours humanitaire (court et urgent) pour une personne dans le besoin qui ne remplit pas les conditions d'octroi de l'assistance sociale.

Le Comité rappelle que les personnes en situation irrégulière doivent jouir d'un droit légalement reconnu à la satisfaction de leurs besoins matériels élémentaires (nourriture, vêtements, logement) dans les situations d'urgence pour leur permettre de faire face à un état de besoin urgent et grave. Il incombe aux Etats d'assurer que l'effectivité de ce droit soit réalisée en 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, par. 187).

Le Comité ne peut pas accepter le besoin d'arrêter l'assistance sociale de base tel que l'abri, garanti à l'article 13 en tant que droit subjectif individuel pour les personnes dans une situation très précaire. Le rapport se réfère à l'Action Hiver, dont le but est d'éviter que des personnes sans-abri ne soient victimes d'hypothermie par période de grand froid. Elle débute généralement le 1er décembre et se termine le 31 mars. Le Comité demande donc au prochain rapport d'expliquer la durée, le montant moyen et le nombre de personnes ayant accès à cette aide d'urgence pour les résidents irréguliers. En attendant, il réserve sa position sur cette question.

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

Le Comité prend note que, selon le rapport, depuis le début de la crise de la covid-19, et dans le cadre du REVIS, les personnes affectées à des mesures de type « travaux d'utilité collective » peuvent bénéficier aussi bien des congés spéciaux établis dans le cadre de la crise, que de dispenses de service temporaire, et bénéficient ainsi du maintien intégral des prestations REVIS tout en diminuant le risque de contamination ou de transmission. Les mesures en question, à durée déterminée, sont renouvelées à échéance même si le bénéficiaire est en dispense de service temporaire, afin de ne pas déstabiliser davantage les personnes en question, et de permettre une reprise de la mesure dès la reprise des activités de l'organisme d'affectation. Alors que la possibilité de rendez-vous auprès des agents

compétents auprès des offices sociaux est réduite, les agents régionaux d'inclusion sociale restent disponibles par téléphone pour les bénéficiaires REVIS. Ces agents contribuent ainsi aux efforts d'information du gouvernement, en particulier auprès d'une population marginalisée.

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

Conclusion

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

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

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

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

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

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

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

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

Le Comité a ajourné sa conclusion en 2017 concernant l'article 13§4 de la Charte. Il limitera donc son examen aux réponses du Gouvernement à sa précédente demande d'informations complémentaires pertinentes.

Le Comité renvoie à sa conclusion au titre de l'article 13§1 (champ d'application personnel) et rappelle que l'article 13§4 couvrira dorénavant l'assistance sociale et médicale d'urgence accordée aux ressortissants d'Etats parties se trouvant légalement (mais non-résidents) sur le territoire.

Enfin, le Comité rappelle que les Etats parties sont tenus de fournir aux ressortissants étrangers non-résidents, sans ressources, une assistance sociale et médicale d'urgence (hébergement, nourriture, vêtements et soins d'urgence), pour leur permettre de faire face à un état de besoin urgent et grave (sans interpréter trop étroitement les critères d'« urgence » et de « gravité »). Aucune condition de durée de présence ne peut conditionner le droit à l'assistance d'urgence (Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANSA) c. Pays-Bas, réclamation n° 86/2012, décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014, par. 171).

Dans sa conclusion au titre de l'article 13§1, le Comité a réservé sa position en ce qui concerne l'assistance sociale et médicale d'urgence fournie aux ressortissants étrangers en situation irrégulière. Le rapport fait référence au fait que le Luxembourg a signé plusieurs accords pour étendre la protection de l'assistance sociale aux ressortissants de l'UE et de l'EEE. Cependant, il ne précise pas si les étrangers non-résidents légalement présents sur le territoire qui sont dans le besoin peuvent accéder à l'aide médicale et sociale d'urgence et pour combien de temps. Il réserve donc également sa position sur ce point.

Conclusion

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

Article 14 - Droit au bénéfice des services sociaux

Paragraphe 1 - Encouragement ou organisation des services sociaux

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

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 (2017)), le Comité a jugé que la situation était conforme à la Charte. Le rapport indique que le cadre législatif n'a pas changé. Le Comité prend note des informations fournies en réponse à ses questions précédentes, notamment sur les principaux services sociaux et leurs missions et sur la participation financière de l'État à certains services sociaux, confirmant que la situation reste conforme à la Charte de 1961.

En réponse aux questions ciblées du Comité, le rapport indique que les services sociaux ont été maintenus pendant la pandémie de covid-19, dans le respect des règles de sécurité. Tous les services sociaux étaient disponibles, au minimum par différents moyens de télécommunication. Des rendez-vous ont été pris avec les clients vulnérables, dans le respect des normes sanitaires applicables. Le rapport ne contient pas d'informations sur des mesures spécifiques qui auraient été prises en prévision de futures crises de ce type.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Luxembourg 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 Luxembourg.

Le Comité rappelle que l'article 14§ 2 fait obligation aux États parties de soutenir les organisations bénévoles qui souhaitent créer des services sociaux. Les « individus et [l]es organisations bénévoles ou autres » visés au paragraphe 2 incluent le secteur associatif (organisations non gouvernementales et autres associations), les particuliers et les entreprises privées »).

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

Le Comité a ajourné sa conclusion précédente (Conclusions XXI-2 (2017)), suite à ses demandes répétées d'informations concernant le nombre de bénévoles (Conclusions XIX-2 (2009) et XX-2 (2013)). À cet égard, il a pris note d'une étude sur le secteur associatif au Luxembourg menée en 2009, en dehors de la période de référence du précédent examen, par le Centre d'Études de Populations, de Pauvreté et de Politiques Socio-Économiques.

Selon le rapport, il n'a pas été possible de fournir des données à jour, une nouvelle étude étant prévue en 2021. Il confirme par ailleurs que les bénévoles sont indispensables au fonctionnement des associations sans but lucratif (asbl) et des fondations (conseils d'administration) et qu'ils contribuent à la qualité des prestations sur le terrain. Ainsi, l'accord de coalition 2018-2023 prévoit qu'« une étude sur la vie associative au Luxembourg sera commandée afin de promouvoir l'engagement citoyen de manière plus efficace et de mieux comprendre les besoins des associations à but non lucratif ». La nouvelle étude fera le point sur la situation existante, cerner les attentes des parties prenantes concernées et proposera des solutions efficaces pour les années à venir. Elle permettra, entre autres, de définir le nombre d'acteurs impliqués dans le domaine du volontariat (au niveau des associations et des individus). Le Comité réitère ses questions et souligne que, dans l'hypothèse où des informations exhaustives à ce sujet ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte sur ce point.

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

Conclusion

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