



mars 2022

CHARTE SOCIALE EUROPEENNE

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions XXII-2 (2021)

POLOGNE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

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

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

Le présent chapitre concerne la Pologne, qui a ratifié la Charte sociale européenne de 1961 le 25 juin 1997. L'échéance pour remettre le 20^e rapport était fixée au 31 décembre 2020 et la Pologne l'a présenté le 10 février 2021.

Le Comité rappelle qu'il a été demandé à la Pologne 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).

La Pologne a accepté toutes les dispositions de ce groupe, sauf les articles 13§1, 13§4, 14§2 et l'article 4 du Protocole additionnel.

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

Les Conclusions relatives à la Pologne concernent 11 situations et sont les suivantes :

- une conclusion de conformité : article 12§2 ;
- 4 conclusions de non-conformité : articles 12§1, 12§4, 13§3 et 14§1.

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

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

Le rapport suivant de la Pologne 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 de la Pologne.

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 »).

Il a précédemment ajourné sa conclusion, dans l'attente des informations demandées (Conclusions XXI-2 (2017)). Son évaluation portera donc uniquement sur les informations fournies par le gouvernement en réponse à la décision d'ajournement et 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 demandé que le rapport suivant contienne des informations sur les résultats de la troisième étape du programme « Amélioration de la sécurité et des conditions de travail. » Il a également observé que le rapport ne contenait aucune information permettant d'établir si la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail couvrait le stress, les agressions et la violence spécifiques au milieu du travail, que subissent en particulier les travailleurs employés sur la base de contrats atypiques. Il a estimé que si les informations demandées n'étaient pas fournies dans le rapport suivant, rien ne permettrait d'établir que la situation de la Pologne soit conforme à l'article 3§1 de la Charte de 1961 (Conclusions XXI-2 (2017)).

En réponse, le rapport fournit des informations détaillées sur les résultats de la troisième étape du programme « Amélioration de la sécurité et des conditions de travail » (2014-2016). Il indique que les principaux objectifs de la troisième étape du programme étaient de mettre au point des solutions innovantes visant à développer diverses ressources qui contribueraient à la réduction significative du nombre de personnes travaillant dans des conditions dangereuses et à la réduction des accidents du travail, des maladies professionnelles et des pertes économiques et sociales qui accompagnent les accidents. D'après le rapport, le système d'évaluation des risques pour la santé et la sécurité au travail a été amélioré dans le cadre du programme.

Le rapport fournit également des informations détaillées sur les résultats de la quatrième étape du programme « Amélioration de la sécurité et des conditions de travail » (2017-2019), à savoir : l'élaboration du système national de contrôle des conditions de travail et de la sécurité au travail, l'amélioration du système d'évaluation des exigences de sécurité, d'hygiène et d'ergonomie des produits, l'instauration de mesures de promotion de la santé et de la sécurité au travail, notamment la diffusion de diverses publications sur la santé et la sécurité au travail dans les entreprises, l'organisation de conférences et de séminaires, ainsi que de campagnes d'information nationales.

Le rapport fournit des informations détaillées sur les règlements en matière de santé et de sécurité au travail qui couvrent le stress, les agressions et la violence spécifiques au milieu du travail, que subissent en particulier les travailleurs employés sur la base de contrats atypiques. Le Code du travail établit l'obligation pour l'employeur de prévenir le harcèlement

moral et le droit pour le salarié de demander des dommages et intérêts. Tous les salariés bénéficient des mêmes garanties juridiques en cas de stress, d'agression et de violence au travail. Entre 2016 et 2019, l'Inspection nationale du travail a élaboré un programme intitulé « Prévention des effets néfastes du stress et des autres risques psychosociaux sur le lieu de travail. » L'objectif principal du programme était de fournir des informations sur le stress, le harcèlement moral, la discrimination, les inégalités de traitement et leurs effets sur le travail. Des formations ont été organisées dans les entreprises, ainsi que des conférences et des séminaires, et des publications gratuites sur le stress au travail ont été mises à disposition.

Le rapport énumère également les nouveaux règlements adoptés dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail, ainsi que les modifications apportées à la législation nationale. Par exemple, le 2 juin 2016, certains articles du Code du travail ont été modifiés afin d'assurer la transposition correcte de la directive 2006/54/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 juillet 2006 relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité des chances et de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière d'emploi et de travail. Conformément aux modifications, il est désormais interdit aux femmes d'effectuer des travaux difficiles ou dangereux si elles sont enceintes ou si elles allaitent.

Le rapport indique que le Programme national de santé 2016-2020 prévoyait des recherches sur l'exposition des salariés au bruit, aux ultrasons, à divers gaz et aux champs électromagnétiques.

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 de la Pologne 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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé que le rapport suivant rende compte des modifications qui auraient été apportées en matière de protection des travailleurs contre l'amiante. Il a également demandé que le rapport suivant indique si les travailleurs bénéficiaient d'une protection d'un niveau au moins équivalent à celui fixé par les Recommandations (2007) de la Commission internationale de protection radiologique (CIPR, publication n° 103) (Conclusions XXI-2 (2017)).

En ce qui concerne l'amiante, le rapport indique que la législation concernant les travailleurs exposés à l'amiante n'a pas été modifiée au cours du présent cycle de contrôle. Le rapport mentionne la loi du 19 juin 1997 relative à l'interdiction des produits contenant de l'amiante. Il existe également plusieurs règlements relatifs à l'amiante : le règlement de 2004 sur les examens médicaux périodiques des travailleurs employés dans des entreprises utilisant de l'amiante, le règlement de 2004 sur le traitement des personnes ayant travaillé à la fabrication de produits contenant de l'amiante, le règlement de 2005 sur les examens préventifs des personnes ayant travaillé ou travaillant dans des usines utilisant de l'amiante, le règlement de 2005 sur les médicaments pour le traitement des maladies liées à l'amiante, le règlement de 2004 sur les méthodes et les conditions d'utilisation et de retrait des produits contenant de l'amiante en toute sécurité, le règlement de 2005 sur les règles en matière de santé et de sécurité relatives à la protection contre les produits contenant de l'amiante et au retrait de ces produits, ainsi que sur la formation à l'utilisation de ces produits en toute sécurité, le règlement de 2010 sur les exigences relatives à l'utilisation des produits contenant de l'amiante et sur le nettoyage des installations et des appareils dans lesquels des produits contenant de l'amiante ont été ou sont utilisés.

Le Comité prend note de ces informations. Il demande que le prochain rapport contienne des informations sur les valeurs limites d'exposition.

En ce qui concerne les rayonnements ionisants, le rapport indique que les recommandations de la Commission internationale de protection radiologique ont été reprises dans la directive 2013/59/Euratom du Conseil fixant les normes de base relatives à la protection sanitaire contre les dangers résultant de l'exposition aux rayonnements ionisants, qui a été transposée en droit interne le 13 juin 2019.

Champ d'application personnel des règlements

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé que le rapport suivant rende compte des modifications qui auraient été apportées en matière de protection des travailleurs temporaires (Conclusions XXI-2 (2017)).

D'après le rapport, les règlements concernant la santé et la sécurité au travail des salariés s'appliquent également aux travailleurs temporaires.

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.

En réponse, le rapport indique que durant la pandémie, l'employeur a l'obligation de fournir aux salariés des équipements de protection individuelle et des produits de nettoyage, et d'organiser le travail en tenant compte du risque d'infection. La formation des travailleurs sur la manière d'utiliser correctement les équipements de protection individuelle est également importante. Un certain nombre de règlements ont été adoptés en Pologne concernant les mesures de protection des salariés.

En vue de protéger les salariés travaillant dans les centres commerciaux et les services, les employeurs doivent leur fournir des gants jetables ou des désinfectants pour les mains. Les autres personnes présentes dans les centres commerciaux doivent également porter des gants jetables ou utiliser du désinfectant pour les mains.

Des lignes directrices ont été adoptées concernant certains lieux, tels que les jardins d'enfants, les écoles primaires, les musées et galeries, les bibliothèques, les centres commerciaux, les magasins de meubles, les salons de beauté, les restaurants, les foires, les institutions publiques, les piscines et saunas, les salons de piercing et de tatouage, les parcs de loisirs, les salles de sport, les salons de massage, les prisons.

Le rapport indique que des mesures ont été prises pour protéger le personnel médical et que celui-ci a reçu des instructions sur la marche à suivre lorsqu'un patient présente des symptômes de la covid-19. En pareil cas, les équipements de protection individuelle doivent être utilisés.

Pour ce qui est des services de police et de contrôle aux frontières, ainsi que des centres de rétention, un certain nombre de recommandations ont été émises sur l'utilisation des équipements de protection individuelle et sur la manière de traiter avec des collègues ou d'autres personnes suspectés d'être infectés par le coronavirus.

S'agissant du personnel militaire, des actes juridiques ont été publiés sur la formation des militaires à la prestation de soins de santé, sur la préparation de centres de quarantaine pour le personnel militaire, sur la capacité des militaires à désinfecter les différents locaux, équipements et sols, ainsi que sur les équipements de protection individuelle.

En ce qui concerne les agents pénitentiaires, des règlements ont été adoptés sur les mesures à prendre face à la covid-19. Le travail à distance a été mis en place autant que possible et tous les salariés ont reçu des équipements de protection individuelle.

Quant aux agents de probation, il leur a été recommandé de minimiser les contacts, de communiquer à distance et tous les bureaux de probation ont été fermés. Cependant, certains agents ont continué d'exercer leurs activités en s'assurant de prendre toutes les mesures de sécurité. Les bureaux ont été rouverts le 18 mai 2020. Toutefois, il était toujours recommandé d'effectuer le plus de travail possible à distance. Les agents ont reçu des équipements de protection individuelle.

En ce qui concerne les foyers d'accueil, les règles ont été modifiées pour protéger à la fois les salariés et les enfants dans les foyers.

Concernant le système éducatif, les écoles ont été fermées temporairement et un certain nombre de lignes directrices et de recommandations ont été adoptées. Vingt (20) millions de masques, 5 millions de litres de désinfectant pour les mains, 75 000 thermomètres frontaux et 17 500 distributeurs de désinfectants pour les mains ont été livrés aux établissements scolaires.

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 de la Pologne.

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 de la Pologne était conforme à l'article 3§2 de la Charte de 1961.

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

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le Comité a précédemment examiné (Conclusions XXI-2 (2017)) la situation de la Pologne en ce qui concerne les accidents du travail et les maladies professionnelles et conclu qu'elle était conforme à l'article 3§2 de la Charte de 1961. Dans la question ciblée portant sur l'article 3§2, il 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 fait état d'une diminution du nombre total d'accidents du travail, passé de 87,447 en 2016 à 83,930 en 2018. Il fournit des chiffres détaillés sur le nombre de victimes d'accidents du travail pendant la période de référence. Ce nombre est en baisse, avec un total de 87,886 victimes en 2016 et 83,205 en 2019, ce qui correspond à un taux d'incidence (pour 1,000 actifs) de 7.00 (en 2016) et 6.15 (en 2019). Le nombre de victimes d'accidents mortels est également orienté à la baisse : 243 en 2016, 211 en 2018 et 184 en 2019, avec un taux d'incidence (pour 1,000 actifs) de 0.019 en 2016, 0.02 en 2018 et 0.01 en 2019.

Le rapport fournit aussi des informations sur le nombre de victimes d'accidents du travail graves et légers. Dans les deux cas, on constate une tendance à la baisse pendant la période de référence : entre 2016 et 2019, le nombre de victimes d'accidents graves a chuté de 467 à 390 (taux d'incidence : de 0.04 à 0.03) et le nombre de victimes d'accidents légers a chuté de 87,176 à 82,631 (taux d'incidence : de 6.94 à 6.11).

Selon les données publiées par Eurostat, le nombre d'accidents du travail mortels était de 198 en 2016, 183 en 2018 et 149 en 2019. Le taux d'incidence s'établissait à 1.61 en 2016 et à 1.76 en 2018, valeurs inférieures à la moyenne de l'UE à 27 (2.29 en 2016 et 2.21 en

2018). Toujours selon les données Eurostat, le nombre d'accidents du travail non mortels (ayant occasionné quatre jours d'absence) est en baisse : 63,382 en 2016, 60,431 en 2018 et 61,084 en 2019, avec un taux d'incidence de 537.65 (2016), 518.12 (2017) et 574.22 (2018). Ces chiffres sont inférieurs à la moyenne de l'UE à 27 durant la même période (1,772.37 en 2016 et 1,768.93 en 2018).

Le rapport fournit des informations détaillées sur diverses campagnes de sécurité coordonnées par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail avec la participation de l'Inspection sanitaire nationale. Il mentionne également plusieurs concours nationaux organisés à l'initiative du ministère de l'Agriculture et du Développement rural et de l'Inspection nationale du travail, entre autres. L'objectif principal était de sensibiliser aux questions de sécurité et santé au travail, notamment dans le secteur de l'agriculture.

Pour ce qui est des maladies professionnelles, il ressort du rapport que le nombre de cas de maladies professionnelles est en baisse : 2,119 en 2016, 2,022 en 2018 et 2,065 en 2019. Le taux d'incidence (pour 100,000 travailleurs) s'établissait à 19.5 en 2016, 17.5 en 2018 et 17.5 en 2019. Selon le rapport, les maladies professionnelles les plus fréquentes étaient la pneumoconiose (avec une tendance à la baisse : 603 cas en 2016, 453 en 2019) et la maladie de Lyme (avec une tendance à la hausse : 480 cas en 2016, 628 en 2019). Le Comité prend également note des chiffres figurant dans le rapport concernant d'autres cas de maladies professionnelles, comme la silicose, l'amiantose [asbestose], l'asthme, le cancer des poumons, les hépatites B et C, etc. Il relève aussi que c'est dans le secteur des mines et carrières que l'on observe clairement la plus forte fréquence des maladies professionnelles (pour 100,000 travailleurs) : 329.7 en 2016 et 216.4 en 2019.

Le Comité note également que, d'après le rapport, les maladies professionnelles les plus fréquentes dans l'agriculture sont les maladies infectieuses ou parasitaires, avec une tendance à la hausse sur la période 2016-2019 (de 233 à 296). Dans ce secteur, le nombre global de maladies professionnelles est orienté à la hausse (268 cas en 2016, 337 en 2019), tout comme le taux d'incidence, passé de 19.9 en 2016 à 27.8 en 2019. Le rapport donne des précisions sur différentes activités de formation sur les maladies professionnelles organisées par le Fonds d'assurance sociale agricole (formations pour les agriculteurs, pour les étudiants des écoles d'agriculture, concours visant à sensibiliser à ces questions, etc.). Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les mesures prises pour faire face aux maladies infectieuses et parasitaires dans l'agriculture.

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

visites de contrôle et du niveau des mesures suivies, que l'Inspection du travail était efficace. Partant, il a conclu que la situation était conforme à l'article 3§2 de la Charte de 1961.

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

Selon le rapport, le nombre total de contrôles effectués par les inspecteurs du travail était de 85,959 en 2016, 87,334 en 2018 et 78,690 en 2019. Il ressort également du rapport que 83.7 % des contrôles réalisés en 2019 ont eu lieu dans des établissements qui employaient de 1 à 49 personnes (61 % dans des entreprises de 1 à 9 salariés et 22.7 % dans des entreprises de 10 à 49 salariés). Le Comité demande que le prochain rapport indique les raisons de la baisse du nombre de contrôles effectués durant la période de référence et informe des mesures prises pour augmenter le nombre d'interventions de l'Inspection du travail.

Selon le rapport, les inspecteurs du travail peuvent ordonner différents types de mesures en fonction de la gravité des infractions constatées à la réglementation en matière de santé et de sécurité : arrêt du fonctionnement des machines et des équipements, interdiction de travailler ou d'opérer, établissement des circonstances et des causes des accidents. Lors des contrôles, les inspecteurs du travail ont rendu 310,825 décisions en 2016, 258,293 en 2018 et 246,009 en 2019. En 2019, 18,211 amendes ont été infligées (28,491 en 2016 et 17,142 en 2018), 1,099 motions de punition ont été adressées au tribunal (2,746 en 2016 et 1,998 en 2018) et 10,083 mesures éducatives ont été prises (16,101 en 2016 et 11,279 en 2018).

Le rapport présente des données chiffrées sur le nombre d'entités contrôlées et sur les travailleurs couverts par les contrôles par branche d'activité, pour chaque année de la période de référence. D'après ces données, en 2016, le nombre d'entreprises de tous les secteurs de l'économie couvertes par les inspections s'élevait à 65,142 (57,937 en 2019) et le nombre total de travailleurs couverts, à 3,815,134 (3,840,011 en 2019). Cependant, le rapport n'indique pas la proportion de travailleurs couverts par les inspections au regard de la main-d'œuvre totale, ni la proportion d'entreprises couvertes au regard du nombre total d'établissements en Pologne. Le Comité renouvelle donc sa demande à cet égard. 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.

Le Comité réitère aussi sa demande d'informations ciblées concernant l'évolution des ressources budgétaires allouées aux services de l'Inspection du travail, y compris les ressources humaines. Enfin, s'agissant de la question de savoir si les inspecteurs sont habilités à contrôler tous les lieux de travail, y compris les locaux habités, dans tous les secteurs de l'économie, il renouvelle également 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 de la Pologne était conforme à la Charte, il n'y a pas eu d'examen de la situation en 2021.

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 1 - Elimination des causes d'une santé déficiente

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

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a conclu que la situation de la Pologne n'était pas conforme à l'article 11§1 de la Charte, au motif que l'accès aux soins de santé n'était pas assuré en raison de délais d'attente trop longs (Conclusions XXI-2 (2017)). Par conséquent, l'appréciation du Comité portera sur les informations fournies par le gouvernement en réponse au constat de non-conformité et aux questions ciblées.

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

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

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

Le rapport indique, dans sa réponse à la question ciblée du Comité concernant les données statistiques sur l'espérance de vie dans tout le pays et dans les différents groupes de population, qu'en 2019, l'espérance de vie à la naissance était de 81,8 ans pour les femmes (contre 81,6 ans en 2015) et de 74,1 ans pour les hommes (contre 73,6 ans en 2015). Le Comité note que, selon les données de la Banque mondiale, l'espérance de vie à la naissance s'établissait en moyenne à 77,8 ans en 2019, soit en légère hausse par rapport à 2015, où elle était de 77,4 ans (à titre de comparaison, la moyenne pour les 27 pays de l'UE était de 81,3 ans en 2019). Le Comité relève également dans lesdites données que le taux de mortalité a légèrement augmenté en Pologne, passant de 10,4 décès pour 1 000 habitants en 2015 à 10,8 en 2019.

Le Comité observe qu'il existe un écart entre les hommes et les femmes, ces dernières pouvant espérer vivre au moins sept ans de plus que les hommes. Il note également que, d'après le rapport intitulé « Pologne : Profil de santé par pays 2019 » (OCDE, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et Commission européenne), il existe non seulement des inégalités en matière d'espérance de vie en fonction du sexe, mais aussi du niveau d'éducation. L'espérance de vie des hommes les moins éduqués est inférieure de douze ans à celle des hommes les plus instruits, tandis que, pour les femmes, la différence est de 5,1 ans. On estime que près de la moitié des décès survenus en Pologne sont

attribuables à des facteurs de risques comportementaux, notamment les habitudes alimentaires, le tabac, la consommation d'alcool et le faible niveau d'activité physique.

Le rapport ne contient pas de données statistiques ventilées qui ont été demandées concernant l'espérance de vie dans tout le pays et dans les différents groupes de la population (la population urbaine, la population rurale, les différents groupes ethniques et minorités, les personnes sans domicile fixe ou encore les chômeurs de longue durée), ni celles relatives aux 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 et ainsi de suite). Le Comité réitère sa question sur ce point.

Le rapport fournit des informations sur plusieurs programmes – le Programme national de santé 2016-2020, le Programme national de prévention du VIH et de la lutte contre le sida 2017-2021, ainsi que sur des programmes relatifs, entre autres, aux composants sanguins et au traitement de l'hémophilie et des problèmes hémorragiques connexes. Le rapport ajoute que des mesures ont été prises notamment pour réduire la mortalité due aux maladies pulmonaires et traiter les maladies cardiovasculaires, et fournit des statistiques sur les transplantations. Il fait également état de l'ouverture, en 2017, d'un centre de soutien destiné aux personnes en souffrance psychique et de la mise en place, en 2016, d'un programme de prévention de la dépression.

Le rapport contient des statistiques relatives aux différentes causes de mortalité, dont il ressort que le nombre de décès dus aux maladies cardiovasculaires n'a pratiquement pas évolué entre 2016 et 2018, tandis que les décès dus à des tumeurs malignes ont légèrement augmenté durant cette même période.

Le Comité prend note de toutes les informations détaillées concernant les programmes relatifs aux maladies cardiovasculaires et au cancer qui figurent dans le rapport. Il prend acte de l'augmentation du nombre de décès attribuables à des tumeurs malignes en 2018 et demande par conséquent que le prochain rapport rende compte des mesures prises pour faire baisser le taux de décès prématurés dus à des maladies cardiovasculaires et au cancer.

Accès aux soins de santé

Dans sa conclusion précédente, le Comité a jugé la situation de la Pologne non conforme à la Charte de 1961, au motif que l'accès aux soins de santé n'était pas assuré en raison de délais d'attente trop longs (Conclusions XXI-2 (2017)).

Le rapport indique, dans sa réponse sur ce point, qu'entre 2016 et 2019, les efforts visant à réduire le temps d'attente se sont intensifiés, le nombre de prestations fournies a augmenté, le rôle des médecins de première ligne a été renforcé, les effectifs du personnel médical ont été accrus et la catégorie des personnes bénéficiant d'un accès à des prestations non conventionnelles a été élargie. Selon le rapport, entre 2015 et 2019, les délais d'attente ont été abaissés pour plusieurs types d'interventions – cataracte : baisse de 233 pour cent dans les cas urgents (de 183 à 55 mois) et de 118 pour cent dans les autres cas (de 587 à 269 mois) ; endoprothèse de l'articulation de la hanche : baisse de 109 pour cent dans les cas urgents (de 303 à 145 mois) et de 11 pour cent dans les autres cas (de 585 à 525 mois) ; endoplastie du genou : baisse de 103 pour cent dans les cas urgents (de 379 à 187 mois) et de neuf pour cent dans les autres cas (de 698 à 639 mois) ; examens par résonance magnétique : baisse de 53 pour cent dans les cas urgents (de 58 à 38 mois) et de 93 pour cent dans les autres cas (de 170 à 88 mois) ; tomographies : baisse de 77 pour cent dans les cas urgents (de 23 à 13 mois) et de 115 pour cent dans les autres cas (de 71 à 33 mois). Il ressort également du rapport que les dépenses en matière de soins de santé ont progressé et sont passées de 70 962 834 (15,5 million d'euros environ) à 90 127 762 zlotys (19,6 million d'euros environ) entre 2016 et 2019. Pour 2019, le budget destiné au

financement des soins de santé ne pouvait être inférieur à 4,86 pour cent du produit intérieur brut.

Le Comité prend note des mesures visant à réduire les temps d'attente décrites dans le rapport et note que la situation s'est améliorée, notamment pour certaines interventions. Il demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur les mesures prises en la matière, ainsi que sur les temps d'attente pour divers traitements.

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

Le rapport fournit des informations sur la mortalité maternelle et infantile. Le taux de mortalité maternelle a diminué puisqu'il était de 5 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2018, contre 9 décès en 2016 (le taux pour l'UE était de 6 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2017). Par ailleurs, les données figurant dans le rapport font apparaître une baisse de la mortalité infantile – 3,8 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2019, contre 4 décès en 2016 (le taux pour l'UE était de 3,4 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2019). Le rapport ajoute que plus de la moitié des décès d'enfants sont dus à des maladies et affections contractées durant la période périnatale, que 38 pour cent sont attribuables à des malformations congénitales et le reste à des maladies développées pendant l'enfance ou à des blessures.

Le rapport fait également état de l'adoption, en 2016, d'une loi relative à l'accompagnement des femmes enceintes, qui met l'accent sur les grossesses compliquées. Les familles confrontées à certaines situations (fausse couche, naissance d'un enfant mort-né, décès d'un nouveau-né après l'accouchement, naissance d'un enfant handicapé) bénéficient de soins de santé adaptés à la mère et à l'enfant, notamment une prise en charge psychologique. Le rapport indique en outre qu'entre 2015 et 2019, plus de 10 millions de tests de dépistage néonatal ont été réalisés, ce qui a permis de traiter 1 847 nouveau-nés. Entre 2015 et 2019, 849 interventions intra-utérines ont été réalisées, avec un taux de survie des nouveau-nés compris entre 60 et 75 pour cent.

Le Comité demande si les filles et les femmes ont accès à la contraception et à des informations sur la part du coût des contraceptifs qui doit être couverte exclusivement par les femmes (lorsque cette dépense n'est pas totalement remboursée par l'Etat).

Le Comité renouvelle également sa demande d'informations statistiques sur les maternités précoces (jeunes filles mineures).

Le rapport ne donne aucune information sur l'accès à l'avortement. Le Comité relève dans le rapport du Groupe de travail chargé de la question de la discrimination à l'égard des femmes dans la législation et dans la pratique, adopté par le Conseil des droits de l'homme le 25 juin 2019, que les lois restrictives sur l'avortement augmentent les taux de mortalité et de morbidité liés à la maternité en raison des mauvaises conditions dans lesquelles ces avortements sont pratiqués, et qu'elles ne sont de surcroît pas efficaces pour faire baisser leur nombre. Ledit rapport a donc recommandé à la Pologne de veiller à ce que les femmes bénéficient d'un accès effectif à un avortement légal en supprimant tous les facteurs qui y font obstacle et en mettant fin à la stigmatisation dont il fait l'objet, notamment par un véritable suivi et une réglementation de la pratique de l'objection de conscience, et par une amélioration de l'efficacité du mécanisme de plainte ; il a également recommandé au gouvernement d'envisager un assouplissement de la loi relative à l'avortement. En 2020, la Cour constitutionnelle polonaise a cependant déclaré inconstitutionnelle l'autorisation de l'avortement dans les cas où le fœtus présentait des malformations graves et irréversibles, ajoutant que cet acte n'était légal que lorsque la grossesse mettait en danger la vie ou la santé de la femme ou résultait d'un acte réprimé par la loi, tel que le viol ou l'inceste. Le Comité réitère sa demande d'informations sur l'accès à l'avortement et demande des

informations sur les coûts de l'avortement et sur le remboursement total ou partiel de ces frais par l'État. Le 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 de la Pologne soit conforme à l'article 11§1 de la Charte de 1961 sur ce point.

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

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

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

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

Le Comité a demandé, sous forme de question ciblée, des informations sur les mesures permettant de garantir un consentement éclairé aux interventions ou traitements médicaux (au titre de l'article 11§2). Le rapport ne donnant aucune information à ce sujet, le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les mesures prises en ce sens.

Covid-19

Dans le contexte de la crise liée à 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, ainsi que des informations sur les mesures prises pour soigner les malades (au titre de l'article 11§3).

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

Le rapport fournit des informations sur les mesures prises pour soigner les malades. Il indique qu'un certain nombre d'hôpitaux ont été adaptés pour pouvoir prendre en charge les

patients atteints de la covid-19, que l'organisation du personnel médical a été revue et que de nouvelles structures organisationnelles ont été créées pour permettre l'admission d'un plus grand nombre de patients infectés par le virus. Les établissements hospitaliers ont été répartis en trois catégories : la troisième comprend les hôpitaux multi-services destinés à prendre en charge les patients testés positifs à la covid-19 mais nécessitant également un autre traitement spécialisé, la deuxième regroupe les services spécialisés dans les maladies infectieuses, et la première est constituée par le réseau ordinaire des établissements hospitaliers.

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

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

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

Conclusion

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

Article 11 - Droit à la protection de la santé
Paragraphe 2 - Services de consultation et d'éducation sanitaires

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

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la situation de la Pologne était conforme à l'article 11§2 de la Charte, dans l'attente des informations demandées (Conclusions XXI-2 (2017)).

Éducation et sensibilisation de la population

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

Le rapport présente des informations détaillées sur les mesures et activités entreprises (campagnes d'informations, publications, recommandations, stratégies de prévention, programmes de formation, lignes d'assistance téléphonique, portails internet, etc.) dans le cadre du Programme national de lutte contre la toxicomanie 2016-2020. Ces mesures s'adressent au grand public (notamment, les enfants, les adolescents, les adultes, les personnes handicapées, les personnes à risque d'exclusion sociale, etc.) et visent à réduire la consommation de stupéfiants, de substances psychotropes et autres substances psychoactives.

Le rapport fournit une description détaillée des programmes nationaux de prévention des problèmes d'alcoolisme, de tabagisme et des dépendances comportementales (addictions). Le Comité prend note des mesures, des campagnes d'information et de sensibilisation menées au cours de la période de référence aux niveaux communautaire et scolaire dans le cadre desdits programmes.

Quant à l'éducation à la santé sexuelle et reproductive, le rapport indique que le Programme national de santé pour 2016-2020 prévoit, entre autres, un certain nombre d'activités dans ce domaine, notamment en matière d'information, d'éducation à la santé et de prévention destinées à différents groupes, y compris le personnel du secteur de la santé. Le Programme 2016-2020 pour la protection complète de la santé procréative en Pologne a également été mis en œuvre dans le but d'accroître la disponibilité de services de haute qualité dans le domaine du diagnostic et du traitement de l'infertilité.

En ce qui concerne l'éducation à la santé dans les écoles, le rapport indique que le programme de base mis en œuvre par les écoles (tel que prescrit dans le Règlement du Ministre de l'Éducation nationale du 14 février 2017) définit les objectifs de l'enseignement général et son contenu. L'accent est mis sur le développement des compétences sanitaires (hygiène, alimentation saine, activité physique), sociales et civiques des enfants et des élèves.

De plus, le rapport indique que, conformément au Règlement du Ministre de l'Éducation nationale du 30 janvier 2018 sur le programme de base de l'enseignement général dans les écoles secondaires d'enseignement général, les lycées techniques et les écoles secondaires spécialisées, un nouveau tronc commun s'applique dans les écoles secondaires depuis l'année scolaire 2019/2020. Selon le rapport, le contenu de l'éducation à la santé est inclus dans le tronc commun des matières suivantes : biologie, éducation à la sécurité, éducation physique, géographie, chimie, éducation à la vie familiale. Des programmes de promotion et de prévention de la santé sont également mis en œuvre dans les écoles primaires, notamment dans le cadre du Programme pour les écoles, qui promeut, entre autres, une alimentation saine.

Le rapport indique que le programme « ARS, ou comment prendre soin de l'amour », mis en œuvre en 2013, vise à prévenir et à réduire les effets néfastes sur la santé, la procréation et la société de l'utilisation ou de l'abus de substances psychoactives (alcool, tabac, drogues, etc.) par les adolescents entrant dans l'âge adulte. Selon le rapport, ce programme a été mis en œuvre dans 44,3 % des écoles secondaires au cours de l'année scolaire 2017/2018. Le Comité prend note des activités spécifiques liées à l'éducation sexuelle des élèves handicapés.

Selon le rapport, l'Inspection sanitaire nationale prend des mesures dans le domaine de l'éducation et de la promotion de la santé dans le but de créer des attitudes et des comportements favorables à la santé en promouvant des modes de vie sains et en sensibilisant aux conséquences des comportements qui mettent la santé en danger. Le Comité prend note des exemples de programmes éducatifs présentés dans le rapport, qui couvrent, entre autres, les questions d'alimentation saine, d'activité physique, de prévention des troubles addictifs (alcoolisme, toxicomanie, tabagisme, etc.).

Dans ses questions ciblées, le Comité a également demandé, des informations sur la sensibilisation et l'éducation en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre (OSIG) et de violence fondée sur le genre. Le rapport ne contient pas les informations demandées. Par conséquent, le Comité réitère sa demande. Il souligne que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Pologne soit conforme à l'article 11§2 de la Charte sur ce point.

Consultations et dépistage des maladies

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la situation de la Pologne était conforme à l'article 11§2 en ce qui concerne les services de consultation et de dépistage disponibles pour les femmes enceintes et les enfants (Conclusions XXI-2 (2017)). Il a demandé des informations actualisées sur les consultations et le dépistage, à savoir les contrôles médicaux et le dépistage des femmes enceintes et des enfants, et sur toutes les maladies qui constituent les causes principales de mort prématurée.

En ce qui concerne les services de consultation et de dépistage dans les écoles, le rapport indique qu'en vertu de la loi du 14 décembre 2016 portant sur le droit à l'éducation, les écoles sont tenues d'offrir aux élèves la possibilité de se rendre dans un cabinet de soins préventifs en engageant une infirmière scolaire ou un(e) hygiéniste scolaire. Conformément à la loi du 12 avril 2019 relative aux soins de santé des élèves, l'infirmière ou l'hygiéniste scolaire fournit des soins de santé préventifs aux élèves dans une salle de soins spécialisée, et si cet espace dédié n'existe pas dans l'école, les services sont fournis dans les locaux spécifiés dans le contrat de prestation de soins de santé (cliniques de soins de santé primaires).

Le rapport indique également que la loi relative aux soins de santé des élèves garantit l'égalité d'accès aux soins de santé dans les écoles, indépendamment du lieu de résidence

de l'élève ou du type d'école. Cette loi définit les entités responsables de la santé des élèves et les règles de coopération et d'échange d'information entre ces entités, sous réserve du consentement des parents des élèves ou des élèves eux-mêmes à leur majorité.

En réponse à la question du Comité (Conclusions XXI-2 (2017)), le rapport fournit des données chiffrées concernant les maladies qui constituent les causes principales de mort prématurée en Pologne. Il s'agit des maladies cardiovasculaires, digestives et respiratoires, et du cancer.

Conclusion

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

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 3 - Prévention des maladies et accidents

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

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

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

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

Dans sa précédente conclusion, le Comité a conclu que la situation de la Pologne 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 Comité note que les informations demandées ne sont pas fournies. Par conséquent, le Comité réitère sa demande et considère que si les informations demandées ne sont pas fournies dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Pologne est conforme à l'article 11§3 de la Charte de 1961.

Services de santé mentale de proximité

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

Le Comité note que les informations demandées ne sont pas fournies.

Le Comité renvoie aux dernières observations finales sur la Pologne publiées par le Comité des droits des personnes handicapées (CRPD, 2018), qui indique que le processus de désinstitutionalisation est au point mort, que l'accès aux services de proximité est insuffisant,

surtout dans les villages, et que les programmes de logements protégés se poursuivent moyennant des fonds de l'Union européenne, notamment avec la création de foyers, ce qui est contraire à l'article 19 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées. L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé a fait observer que si l'on constate que les soins de santé mentale en institution laissent globalement de plus en plus la place aux soins de proximité, les soins en institution demeurent la principale forme de soins de santé mentale en Pologne (*Poland : Health system review 2019, Health Systems in Transition* [Pologne : Examen du système de santé 2019, Systèmes de santé en transition], Vol. 21 N° 1, 2019).

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 réitère sa demande d'informations sur l'existence et l'étendue des services de soins de santé mentale de proximité et sur la transition des anciennes grandes institutions vers ces services. Le Comité demande également 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 Comité considère que si les informations demandées ne sont pas fournies dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Pologne est conforme à l'article 11§3 de la Charte de 1961.

Le Comité observe également 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 sur les mesures législatives prises pendant la période de référence, destinées à pénaliser et à suivre la consommation de nouvelles substances psychoactives, ainsi que sur les activités préventives, notamment une campagne de sensibilisation visant à réduire la consommation de substances psychotropes ou des activités destinées aux enfants d'âge scolaire.

Le Comité note que les informations demandées ne sont pas fournies, sauf en ce qui concerne les mesures préventives. Par conséquent, le Comité réitère sa demande d'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 demande également 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). Le Comité considère que si les informations demandées ne sont pas fournies dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de la Pologne est conforme à l'article 11§3 de la Charte de 1961.

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 donne un aperçu des modifications législatives adoptées ou appliquées pendant la période de référence qui visent à renforcer les modalités de surveillance de la qualité de l'air, tels le programme « Air pur » en 2018 ou le programme national de protection de l'air

2015-2020. Le rapport énumère également les mesures prises en vue de lutter contre les principales sources de pollution atmosphérique, à savoir les émissions résultant de la combustion de charbon de mauvaise qualité dans des chaudières médiocres pour chauffer des maisons individuelles, les volumes importants de trafic routier et la large proportion de voitures usagées, et notamment la modernisation thermique des bâtiments ou la possibilité de créer des zones de transport propres dans les zones urbaines. Plusieurs campagnes de sensibilisation sur l'environnement menées pendant la période de référence sont décrites. Le rapport indique le résultat des mesures des principaux polluants atmosphériques effectuées pendant la période de référence, qui indique que les valeurs limites fixées pour les émissions polluantes ont été dépassées dans de nombreuses régions de la Pologne. Une nouvelle loi sur l'eau a été adoptée en 2017, parmi d'autres mesures législatives, visant à renforcer l'application des règles en matière de gestion des déchets. Enfin, le rapport présente des données qui indiquent que pour la plupart des masses d'eau, les niveaux de pollution de l'eau sont supérieurs aux valeurs cibles.

Vaccinations et surveillance épidémiologique

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

Le rapport ne répond pas à cette question.

Covid-19

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

Le rapport ne répond pas à cette question.

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

Conclusion

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

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 1 - Existence d'un système de sécurité sociale

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

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

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2017), le Comité a noté que la totalité de la population active était couverte par les pensions de vieillesse, d'invalidité et de survivant, par les prestations de maladie et de maternité en espèces, et par les prestations en cas d'accident du travail et de chômage.

S'agissant des soins de santé, le Comité relève dans le système MISSOC que le régime obligatoire d'assurance sociale sert des prestations en nature à tous les salariés et travailleurs indépendants, ainsi qu'aux groupes assimilés (retraités, étudiants, agriculteurs, membres des familles assurées). Tous les salariés et les travailleurs indépendants ont droit aux prestations de maladie, d'invalidité, de maternité, de chômage, de vieillesse et aux prestations en faveur des survivants. Le Comité demande quel est le pourcentage de la population qui est couverte par les prestations versées au titre des branches de la sécurité sociale correspondant aux soins de santé et à la famille.

Caractère suffisant des prestations

D'après les données d'Eurostat, le revenu équivalent médian s'élevait à 594 € par mois en 2019. Le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu équivalent médian, était donc de 297 euros et 40 % du revenu équivalent médian correspondait à 237 € par mois.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a estimé que la situation n'était pas conforme à la Charte, étant donné que le montant minimum de l'indemnité de chômage était insuffisant.

En ce qui concerne les montants minima des prestations versées en remplacement des revenus, le Comité relève dans le rapport que la Pologne maintient sa position concernant le champ d'application matériel de l'article 12§1. Le gouvernement considère que l'évaluation du caractère suffisant des prestations ne peut être effectuée que dans le cadre de l'article 12§2 de la Charte, sur la base de la Convention n° 102 de l'OIT concernant la sécurité sociale (norme minimum). Selon le rapport, il n'est pas acceptable d'adopter d'autres méthodes, car il n'existe aucune base pour celles-ci dans le texte de la Charte.

De plus, le gouvernement conteste la méthode d'évaluation du Comité, qui évalue le montant d'une prestation individuelle, telle que l'indemnité de chômage, par rapport au revenu équivalent médian. En outre, selon le rapport, il existe un problème lié aux mesures absolues et relatives. Établir un lien entre le montant des prestations et le seuil de pauvreté relative n'est pas possible. La pauvreté relative est une notion particulière – si la situation d'un groupe s'améliore, la situation des autres groupes se détériore automatiquement, sans qu'elle ait réellement changé. C'est l'une des raisons pour lesquelles les montants des prestations sont généralement liés à des critères portant sur les revenus exprimés en termes absolus et non en termes relatifs. Selon le gouvernement, les montants minima des prestations devraient être comparés au minimum vital et non au seuil de pauvreté relative.

Par ailleurs, selon le rapport, le revenu équivalent correspond au revenu net de l'ensemble du ménage, c'est-à-dire au revenu qui englobe toutes les prestations, dont l'indemnité de chômage. Le fait de lier le montant de l'indemnité au revenu équivalent médian résultera en ce qu'une augmentation des autres prestations, dans la mesure où les autres facteurs restent inchangés, entraînera une augmentation du revenu médian qui, en retour, incitera à une augmentation de l'indemnité de chômage. À son tour, une telle augmentation entraînera également, si les autres facteurs restent inchangés, une augmentation du revenu médian, et ainsi de suite. D'après le rapport, en pratique, il serait donc très difficile d'obtenir

et de maintenir le ratio souhaité entre le revenu équivalent médian et le montant de l'indemnité. Une telle méthode peut exercer une importante pression fiscale. Si le revenu équivalent médian est établi comme critère de référence, alors les prestations diminueront au fur et à mesure que le revenu baisse, comme c'est le cas en période de ralentissement économique.

Le Comité note que le rapport ne contient pas d'informations sur le montant minimum de l'indemnité de chômage. Il relève dans le système MISSOC que l'indemnité de chômage (*Zasitek dla bezrobotnych*) est versée mensuellement et correspond à un certain pourcentage de l'indemnité de chômage de base, qui dépend de la durée de l'activité professionnelle. En 2019, l'indemnité de chômage de base s'élevait à 861 PLN (200 €) par mois pour les trois premiers mois, puis à 676,40 PLN (157 €) par mois.

Le Comité rappelle qu'un système de sécurité sociale doit garantir un droit effectif à la sécurité sociale pour toutes les prestations prévues sous chaque branche (Conclusions XIII-4 (1996), Observation interprétative de l'article 12). En vertu de l'article 12§1, en ce qui concerne les prestations versées en remplacement des revenus, le montant des prestations doit se situer dans une proportion raisonnable du salaire précédemment perçu et ne doit jamais tomber en-deçà du seuil de pauvreté fixé à 50 % du revenu équivalent médian (*Finnish Society of Social Rights c. Finlande*, réclamation n° 88/2012, décision sur le bien-fondé du 9 septembre 2014, paragraphe 63). Le calcul du Comité se fonde sur le seuil de risque de pauvreté établi par Eurostat. Toutefois, lorsque le montant des prestations servies en remplacement des revenus se situe entre 40 % et 50 % du revenu équivalent médian, d'autres prestations seront également prises en considération, le cas échéant. Lorsque le montant minimum des prestations servies en remplacement des revenus est inférieur à 40 % du revenu équivalent médian (ou de l'indicateur du seuil de pauvreté), son cumul avec d'autres prestations ne peut pas rendre la situation conforme à la Charte.

Le Comité considère que la situation qu'il avait précédemment jugée non conforme à la Charte n'a pas changé. Dès lors, il juge que la situation n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte, au motif que le montant minimum de l'indemnité de chômage est manifestement insuffisant.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé si la législation prévoyait une période initiale raisonnable pendant laquelle une personne au chômage peut refuser un emploi qui ne correspond pas à son activité professionnelle précédente et aux compétences professionnelles qu'elle a acquises antérieurement sans perdre ses droits aux prestations de chômage. À cet égard, il relève dans le rapport qu'en application de la loi du 20 avril 2004 relative à la promotion de l'emploi et aux institutions du marché du travail, l'agence locale pour l'emploi est chargée de fournir des services de placement aux personnes au chômage et aux employeurs. Le statut d'une personne au chômage dépend, entre autres, de son aptitude et de sa disposition au travail. Par « disposition à travailler » on entend qu'une personne a l'intention, la volonté et la possibilité de travailler et, en même temps, qu'elle n'invoque pas d'obstacles raisonnables. L'agence locale pour l'emploi ne peut orienter une personne au chômage vers un employeur que si l'emploi proposé répond aux critères d'un « travail approprié », c'est-à-dire :

- un emploi ou une autre activité rémunérée, couvert par l'assurance sociale ;
- un emploi pour lequel la personne au chômage possède des qualifications ou une expérience professionnelle suffisantes ou pour lequel elle bénéficie d'une formation ou d'une préparation professionnelle préalables ;
- un emploi que la personne au chômage peut exercer au vu de sa santé ;
- un emploi se situant à moins d'une heure et demie du domicile de la personne au chômage en transports en commun, soit une durée de trajet aller-retour entre le domicile et le lieu de travail ne dépassant pas trois heures ;
- un emploi pour lequel la personne au chômage percevra un salaire mensuel brut au moins égal au salaire minimum pour un emploi à plein temps.

Le refus d'une personne au chômage d'accepter une offre d'emploi appropriée, sans raison justifiée, entraîne la perte de son statut de personne au chômage, ce qui signifie la perte du droit à l'indemnité de chômage, si la personne y a droit. En revanche, la personne au chômage qui refuserait d'accepter une offre d'emploi qui ne remplit aucun des critères d'un « travail approprié » ne peut perdre son statut ni le droit à l'indemnité de chômage.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les montants minima de l'ensemble des prestations versées en remplacement des revenus (vieillesse, invalidité, maladie et chômage).

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Pologne n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte de 1961 au motif que le montant minimum de l'indemnité de chômage est insuffisant.

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

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

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

Le Comité rappelle que la Pologne a ratifié la Convention n° 102 le 3 décembre 2003 et en a accepté les parties II, V, VII, VIII et X.

Le Comité note que la Pologne a remis son rapport au titre de la Convention n° 102 en 2016, et que la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations de l'OIT n'a formulé aucune observation ni demande directe à l'endroit du gouvernement de la Pologne au sujet des parties acceptées mentionnées *supra*.

Conclusion

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

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 3 - Evolution du système de sécurité sociale

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

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 »).

Le Comité avait ajourné sa conclusion précédente dans l'attente d'informations sur les prestations de chômage (Conclusions XXI-2 (2017)). L'évaluation du Comité portera donc sur les informations fournies par le Gouvernement en réponse aux questions posées dans la conclusion précédente et aux deux questions ciblées en relation avec l'article 12§3 de la Charte, 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 ciblée 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.

Evolution du système de sécurité sociale

Le Comité rappelle que l'article 12§3 fait obligation aux Etats d'améliorer leur système de sécurité sociale. Une situation qui révèle des progrès peut s'avérer conforme à l'article 12§3 même si les niveaux d'exigence requis par les articles 12§1 et 12§2 n'ont pas été atteints ou si ces deux dispositions n'ont pas été acceptées. L'extension des régimes, la couverture de nouveaux risques ou le relèvement des prestations sont autant d'exemples d'améliorations. Un développement partiellement restrictif du système de sécurité sociale n'est pas automatiquement contraire à l'article 12§3. Il doit être apprécié à la lumière de l'article 31 de la Charte de 1961 ou de l'article G de la Charte révisée. Pour apprécier la situation, il est tenu compte des critères suivants :

- la nature des modifications (champ d'application, conditions d'octroi des prestations, montants des prestations, etc.) ;
- l'étendue des modifications (catégories et nombre des personnes concernées, montants des prestations avant et après les modifications) ;
- les motifs des modifications (les buts poursuivis) et la politique sociale et économique dans laquelle s'inscrivent les modifications ;
- la nécessité de la réforme ;
- l'existence de mesures d'assistance sociale destinées aux personnes qui se trouvent dans le besoin du fait des modifications (ces informations pouvant être présentées au titre de l'article 13) ;
- les résultats obtenus grâce à ces modifications.

Dans son rapport, le Gouvernement donne des informations sur l'évolution des prestations familiales. En particulier, il indique que la prestation pour soins a été augmentée le 1^{er} janvier 2016 pour correspondre au montant du salaire net le plus bas (loi du 24 avril 2014 modifiant la loi sur les prestations familiales), puis valorisée chaque année depuis 2017. Plusieurs allocations d'éducation et de garde, y compris pour enfants handicapés, ont aussi été augmentées en 2016. De plus, une nouvelle prestation (la prestation parentale) a été

introduite par la loi du 24 juillet 2015 modifiant la loi sur les prestations familiales et d'autres lois (entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016). Cette prestation est accordée aux personnes qui ont donné naissance à un enfant mais ne bénéficient pas d'une allocation ou d'une prestation de maternité (e.g. les chômeurs, indépendamment de leur inscription à l'agence pour l'emploi ; les étudiants ; les personnes travaillant dans le cadre d'un contrat de droit civil ; les personnes employées ou exerçant une activité commerciale non agricole).

Le Gouvernement indique également que la pension de retraite minimum a été augmentée en 2016 et en 2018 (modifications de la loi du 17 décembre 1998 sur les pensions de retraite et d'invalidité du Fonds d'assurances sociales). Suite aux modifications apportées au montant de la pension de retraite minimum et au mécanisme de valorisation, la pension de retraite minimum a augmenté de 25 % depuis 2016.

De surcroît, un supplément unique en espèces a été versé en 2016 à certains retraités, pensionnés et personnes bénéficiant de prestations de retraite anticipée. Par ailleurs, la mise en œuvre du programme Pension de retraite+ a débuté en 2019 (loi du 4 avril 2019 sur la prestation unique en espèces pour les retraités et les pensionnés). Ce programme prévoit le versement d'une prestation unique supplémentaire à toute personne percevant une pension de retraite ou une autre pension, quel que soit son montant. Il concerne les retraités et pensionnés du régime général d'assurance, les retraités et pensionnés du régime agricole, les retraités des services en uniforme, les personnes percevant une pension de transition, les prestations compensatoires d'enseignants, les allocations et prestations de retraite anticipée, les pensions sociales et les pensions de survivant. En 2019, 9,74 millions de personnes ont bénéficié de cette prestation (dont 6,7 millions de retraités, 2,62 millions de pensionnés et 282 000 pensionnés sociaux).

Dans sa conclusion précédente, le Comité avait demandé des données chiffrées actualisées concernant les allocations de chômage. A ce sujet, le Gouvernement indique que le pourcentage de chômeurs ayant droit à des allocations de chômage n'a pas changé. Le Comité rappelle qu'il a constaté que le niveau minimum des allocations de chômage est insuffisant depuis les Conclusions XVII-1 (2004). Par conséquent, le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations précises sur l'évolution des allocations de chômage, s'agissant des montants, de la durée de versement et du nombre total de personnes couvertes par rapport à la population active totale. 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 soit conforme à l'article 12§3 de la Charte. Dans l'intervalle, le Comité réserve sa position sur ce point.

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 le Gouvernement n'a fourni aucune information sur la couverture sociale des travailleurs des plateformes numériques. Le Comité réitère donc 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

En réponse à la seconde question ciblée, le Gouvernement énumère les mesures introduites par la loi du 2 mars 2020 sur les mesures spéciales en matière de prévention et de lutte contre la covid-19, d'autres maladies infectieuses et des situations de crise qu'elles provoquent, et par la loi du 14 mai 2020 modifiant certaines lois relatives aux mesures de protection en rapport avec la propagation du SARS-CoV-2, en particulier :

- La validité des certificats de handicap délivrés pour une période déterminée et la validité des certificats temporaires d'incapacité de travail et d'incapacité de vivre de manière autonome délivrés par les autorités en charge des retraites et des pensions ont été prolongées. La prolongation de la validité de ces certificats a entraîné la prolongation automatique du droit aux prestations familiales (y compris la prestation pour soins), aux allocations pour les soignants et aux prestations du Fonds alimentaire.
- La réduction du montant des revenus provenant d'un emploi, d'une autre activité rémunérée ou d'une activité professionnelle non agricole causée par des mesures prises pour lutter contre la pandémie a été considérée comme « perte de revenus » pour la détermination du droit aux prestations familiales et aux prestations du Fonds alimentaire au sens de la loi du 28 novembre 2003 sur les prestations familiales et de la loi du 7 septembre 2007 sur l'aide aux personnes ayant droit à une pension alimentaire. Cela signifie, par exemple, qu'un parent qui ne bénéficiait pas d'allocations familiales ou de prestations du Fonds alimentaire parce que ses revenus dépassaient le critère de revenu donnant droit à ces prestations peut demander ces prestations lorsque sa rémunération a été réduite en raison de mesures prises pour lutter contre la pandémie.

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 de la Pologne.

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

Droit à l'égalité de traitement

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

Le Comité note que dans sa précédente conclusion il a estimé que la situation était conforme à la Charte en ce qui concerne l'égalité d'accès au système de sécurité sociale.

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

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

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

Le Comité se limitera à déterminer à l'aune de l'article 12§4a de la Charte si les allocations pour enfants à charge sont versées pour les enfants résidents originaires d'un autre État partie au même titre que pour les nationaux, assurant ainsi l'égalité de traitement de tous les

enfants qui résident dans le pays. À l'aune de l'article 16, il examinera la question de l'égalité d'accès des familles aux prestations familiales et cherchera à déterminer si la législation impose aux familles une durée obligatoire de résidence pour l'octroi des allocations pour enfants à charge.

Le Comité relève dans le rapport que les prestations familiales peuvent être versées aux personnes résidant en Pologne, sauf dispositions contraires relatives à la coordination des systèmes de sécurité sociale ou aux accords bilatéraux ou internationaux de sécurité sociale. Les conditions d'octroi des prestations familiales sont identiques pour les étrangers et pour les ressortissants polonais. La condition de résidence en Pologne s'applique aux Polonais et aux étrangers. Les prestations familiales sont actuellement octroyées (compte tenu des changements introduits en 2016-2019) :

aux ressortissants polonais ;

aux étrangers

- auxquels s'appliquent les dispositions relatives à la coordination des systèmes de sécurité sociale ;
- s'il existe des accords bilatéraux de sécurité sociale conclus par la Pologne ;
- qui résident en Pologne au titre d'un permis de séjour permanent, d'un permis de séjour pour résident de longue durée de l'UE, d'un permis de séjour temporaire pour exercer une profession hautement qualifiée, ou d'un permis de séjour temporaire s'ils détiennent un permis de résident de longue durée de l'UE accordé par un autre État membre de l'UE et ont l'intention d'exercer un travail ou une activité économique en Pologne, ou ont l'intention d'entreprendre ou de poursuivre des études ou une formation professionnelle, ou démontrent que d'autres circonstances justifient leur séjour en Pologne ;
- qui détiennent un permis de séjour portant la mention « accès au marché du travail », à l'exception des ressortissants de pays tiers autorisés à travailler sur le territoire d'un État membre pour une durée ne dépassant pas six mois, des ressortissants de pays tiers admis aux fins d'études ou d'un travail saisonnier et des ressortissants de pays tiers autorisés à travailler sur la base d'un visa ;

– qui résident en Pologne :

- sur la base d'un permis de séjour temporaire pour effectuer un travail dans le cadre d'un transfert intra-entreprise, ou d'un permis de séjour temporaire à des fins de mobilité de longue durée d'un cadre, d'un spécialiste ou d'un stagiaire dans le cadre d'un transfert intra-entreprise (nouvelle solution), ou
 - au titre de la mobilité de courte durée d'un cadre, d'un spécialiste ou d'un stagiaire dans le cadre d'un transfert intra-entreprise (nouvelle solution) si l'intéressé reste en Pologne avec les membres de sa famille, à l'exception des étrangers autorisés à rester et à travailler pour une durée ne dépassant pas neuf mois, sauf dispositions contraires relatives à la coordination des systèmes de sécurité sociale ou aux accords bilatéraux ou internationaux de sécurité sociale ;
- qui résident en Pologne :
- sur la base d'un permis de séjour temporaire à des fins de recherche, ou d'un permis de séjour temporaire à des fins de mobilité de longue durée des chercheurs (nouvelle solution) ;
 - sur la base d'un visa national permettant de mener des travaux de recherche ou de développement (nouvelle solution) ;
 - dans le cadre de la mobilité de courte durée des chercheurs, à l'exception des étrangers autorisés à rester en Pologne pour six mois, sauf dispositions contraires relatives à la coordination des systèmes de sécurité sociale ou aux accords bilatéraux ou internationaux de sécurité sociale.

La plupart des étrangers acquièrent le droit aux prestations familiales car ils sont habilités à séjourner temporairement en Pologne, ce qui est lié au droit d'exercer un travail – ces

étrangers disposent d'une carte de résident portant la mention « accès au marché du travail ». Le droit aux prestations n'est pas accordé aux ressortissants de pays tiers qui ont obtenu un permis de travail pour une durée maximale de six mois, ni aux ressortissants de pays tiers admis aux fins d'études ou d'un travail saisonnier, ni aux ressortissants de pays tiers autorisés à travailler sur la base d'un visa. Le droit aux prestations familiales est également accordé aux étrangers ayant le droit de travailler en Pologne, conformément à la loi, sur la base de dispositions spéciales ou d'un permis de travail accordé au titre de dispositions spéciales. L'intention du législateur, s'agissant des droits des étrangers, est que ces prestations soient versées aux personnes qui travaillent légalement en Pologne, qui doivent payer des charges publiques en Pologne (en particulier des impôts) et dont le centre de vie se situe en Pologne, ou tout du moins qui ont un lien durable avec la Pologne.

Dans sa conclusion sur l'article 16 (Conclusions 2019), le Comité a considéré que la condition d'une durée de résidence de dix ans pour l'octroi d'allocations familiales aux ressortissants étrangers ne possédant pas de permis de travail était excessive. Il demande que le prochain rapport indique si cette condition reste en vigueur ; dans l'intervalle, il réserve sa position sur ce point.

Droit à la conservation des avantages acquis

Le Comité rappelle que les prestations de vieillesse et d'invalidité, les pensions de réversion et les rentes d'accident du travail ou de maladie professionnelle acquises au titre de la législation d'un État et aux conditions d'octroi fixées par cette législation devraient être maintenues (exportées) même si l'intéressé s'installe dans un autre État. Il demande quelle base juridique garantit l'exportabilité des prestations de vieillesse et d'invalidité et les pensions de réversion, ainsi que la coordination internationale en matière de sécurité sociale avec les États n'appartenant pas à l'Espace économique européen (EEE).

Maintien des droits en cours d'acquisition

Le Comité rappelle qu'au regard de l'article 12§4b, le fait d'avoir changé d'État sans avoir accompli la période d'emploi ou d'assurance nécessaire en vertu de la législation de cet État pour avoir droit à certaines prestations et en déterminer le montant ne doit pas être à l'origine de préjudices. L'application du droit au maintien des droits en cours d'acquisition requiert, au besoin, l'addition des périodes d'emploi ou d'assurance effectuées sur le territoire d'un autre État partie, en vue de permettre l'ouverture des droits à prestations ainsi que le calcul et le versement de celles-ci. S'agissant des prestations de longue durée, le principe de pro rata devrait également être appliqué. Les États ont le choix des moyens pour maintenir les droits en cours d'acquisition : accord bilatéral ou multilatéral, ou mesures unilatérales, législatives ou administratives. Ceux qui ont ratifié la Convention européenne de sécurité sociale sont présumés avoir fait suffisamment d'efforts pour assurer le maintien de ces droits.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la situation n'était pas conforme à la Charte, au motif que le droit au maintien des droits en cours d'acquisition n'était pas garanti aux ressortissants de tous les autres États parties. Le rapport indique que des mesures ont été prises pour obtenir l'autorisation de négocier un accord de sécurité sociale avec l'Arménie. Le Comité estime que la situation reste inchangée en l'absence de toute nouvelle information. Par conséquent, il réitère sa conclusion de non-conformité. Il demande comment le maintien des droits en cours d'acquisition et l'addition des périodes d'assurance sont garantis en l'absence d'accords bilatéraux.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Pologne n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte de 1961 au motif que le droit au maintien des droits en cours d'acquisition n'est pas garanti.

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 le cycle de référence.

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

Le Comité prend note des informations contenues dans le rapport de la Pologne.

Le Comité rappelle que l'article 13§3 concerne les services gratuits de conseil et d'aide personnelle nécessaires pour prévenir, supprimer ou atténuer les besoins personnels ou familiaux. Les services sociaux visés par cette disposition doivent jouer un rôle de prévention, de soutien et de traitement. Il rappelle également qu'aux fins du présent rapport, il a été demandé aux États de répondre aux questions ciblées posées au titre de l'article 14§1 de la Charte ainsi que, le cas échéant, aux précédents constats de non-conformité et aux décisions d'ajournement (voir l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, dans laquelle le Comité a demandé un rapport sur l'application des dispositions de la Charte relevant du groupe thématique « santé, sécurité sociale et protection sociale »). Toutefois, aucune question ciblée n'a été posée en ce qui concerne l'article 13§3 de la Charte de 1961. Le Comité a reporté sa précédente conclusion (Conclusions XXI-2 (2017)). Il limitera donc son examen aux réponses du gouvernement à sa précédente demande d'informations complémentaires pertinentes.

Lors de l'évaluation de la situation nationale au regard de cette disposition au cours de son examen précédent, le Comité a estimé qu'en raison du manque d'informations, il ne pouvait pas examiner spécifiquement s'il existait des mécanismes garantissant que les personnes dans le besoin puissent bénéficier gratuitement de services d'aide et de conseils personnels et si ces services et institutions étaient répartis de manière adéquate sur une base géographique. Le Comité a donc demandé des informations actualisées sur la manière dont ces exigences étaient satisfaites dans la législation et la pratique polonaises.

En réponse, le rapport fournit une description détaillée du cadre législatif, décrivant les différents types de services sociaux, des prestations en espèces à l'assistance non financière, y compris la fourniture d'informations sur les droits et les prestations et les conseils spécialisés, et précise les personnes éligibles et les conditions respectives. Le Comité note que la situation, telle qu'elle est régie par la loi de 2004 sur l'assistance sociale, a déjà été évaluée (conclusions XIX-2) et jugée conforme à la Charte en ce qui concerne le fonctionnement des services sociaux visant à prévenir, supprimer ou atténuer les besoins, lorsque le Comité a pris note des différentes bases d'octroi de cette assistance, parmi lesquelles les difficultés, le manque de logement, les situations de crise, le besoin de protection de la maternité, etc. Le Comité prend également acte du nombre de personnes ayant bénéficié de l'aide sociale, divisé, c'est-à-dire par type de service et par région, afin de refléter leur répartition géographique. Le rapport confirme que les municipalités, qui sont tenues par la loi d'accomplir des tâches d'assistance sociale, ne peuvent pas refuser l'aide à une personne dans le besoin. Le Comité demande quelles sont les tâches accomplies par les municipalités, notamment en ce qui concerne les conseils et le soutien en matière d'accès aux services sociaux. De même, les entités auxquelles le gouvernement local a confié la mise en œuvre des tâches d'assistance sociale ne peuvent pas refuser l'assistance. Le Comité demande au prochain rapport de préciser comment cette institutions fournissant des services sociaux sont réparties géographiquement et si elles sont disponibles dans tout le pays à une distance raisonnable des bénéficiaires potentiels. En attendant, il réserve sa position sur cet aspect.

Le rapport fournit en outre des exemples de programmes visant à mettre en œuvre le cadre législatif, tels que "Formes actives de lutte contre l'exclusion sociale – nouvelle dimension 2020", "Attitudes actives des adolescents – amélioration des compétences, de l'esprit d'entreprise et de la responsabilité dans la dimension environnementale", Programme d'aide aux sans-abri, "Soutien social aux personnes ayant des problèmes de santé mentale" ou "Repas à l'école et à la maison".

Le rapport ne fournit pas d'informations sur les mécanismes visant à garantir que les personnes dans le besoin puissent bénéficier gratuitement de services d'aide et de conseils personnels. En particulier, il n'y a pas de description d'un système de contrôle de ces services ni d'un système permettant de se plaindre du manque d'accès ou du refus de fournir des services. Le Comité considère donc qu'il n'a pas été établi que la situation est conforme à la Charte sur ce point

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Pologne n'est pas conforme à l'article 13§3 de la Charte de 1961 au motif qu'il n'est pas établi qu'il existe des mécanismes garantissant que les personnes dans le besoin puissent bénéficier gratuitement de services d'aide et de conseils personnels.

Article 14 - Droit au bénéfice des services sociaux

Paragraphe 1 - Encouragement ou organisation des services sociaux

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

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 précédente conclusion, le Comité a jugé la situation non conforme à l'article 14§1 de la Charte en raison de l'existence d'une condition de durée de résidence excessive (cinq ans de résidence ininterrompue) (Conclusions XXI-2 (2017)). Ce problème avait déjà été constaté par le Comité dans ses précédentes conclusions (Conclusions XVII-2 (2007), XIX-2 (2009) et XX-2 (2013)). Lors de l'examen de la situation de non-conformité de la Pologne par le Comité gouvernemental en 2018 (rapport relatif aux conclusions XXI-2 (2017) de la CSE de 1961, GC(2018)23), le représentant de la Pologne a rappelé les dispositions en vigueur et a fait savoir que le ministère de la Famille, du Travail et de la Politique sociale n'avait reçu aucun signal de la part de l'administration locale ou régionale indiquant la nécessité de modifier le champ d'application personnel de la loi sur l'assistance sociale. De tels besoins n'avaient pas non plus été manifestés par d'autres institutions, y compris celles responsables du statut des étrangers en Pologne. Le Comité gouvernemental a pris note des informations communiquées par le représentant de la Pologne et a décidé d'attendre la prochaine appréciation du Comité.

Le rapport indique que la loi sur l'assistance sociale n'a pas été modifiée pendant la période de référence. Selon le Gouvernement, l'article 14§1 concerne clairement l'obligation de l'État d'assurer le fonctionnement effectif du système d'assistance sociale dans le cadre duquel les droits prévus par l'article 13 peuvent être exercés. L'article 14§1 ne porte pas sur les conditions ou les garanties d'accès à l'assistance sociale (prestations sociales) ou aux services sociaux, ce qui est logique puisque les conditions d'accès sont clairement et exhaustivement énoncées aux paragraphes 1 et 4 de l'article 13.] Le Comité rappelle que le fait d'imposer une condition de durée de résidence trop longue n'est pas conforme à la Charte (Conclusions XVII-2, Pologne) et renouvelle par conséquent sa conclusion de non-conformité.

Le Comité note qu'aucune évolution fondamentale n'est intervenue dans l'organisation générale de l'assistance sociale et que les solutions qu'offre la loi sur l'assistance sociale demeurent valables. Le rapport précise qu'afin d'améliorer le perfectionnement professionnel des travailleurs sociaux, des formations de spécialisation professionnelle de premier et de second degré ont été organisées entre 2016 et 2019 dans le cadre du programme Connaissance – Éducation – Développement 2014-2020, financé par le Fonds social européen. Le ministre de la Famille, du Travail et de la Politique sociale a également adopté le Règlement 2016 sur la supervision du travail social.

Le Comité prend acte des informations soumises en réponse à ses questions précédentes (voir Conclusions XXI-2 (2017) concernant l'accès effectif aux services sociaux (nombre total de bénéficiaires, nombre de bénéficiaires par catégorie de services, nombre et répartition géographique des services, effectifs et qualifications du personnel).

En réponse aux questions ciblées du Comité, le rapport précise que les services sociaux ont été maintenus pendant la pandémie de covid-19, bien que sous une forme modifiée. Afin d'assurer la continuité du fonctionnement des institutions d'assistance sociale, de faciliter leur organisation du travail et de protéger les travailleurs sociaux, le ministère de la Famille, du Travail et de la Politique sociale a élaboré et publié différentes instructions : « l'instruction sur la manière de procéder pour octroyer les prestations en situation de risque d'infection par le virus SARS-CoV-2 », « l'instruction concernant l'aide aux personnes vivant dans des maisons d'assistance sociale », « l'instruction concernant la mise en œuvre des soins et des soins spécialisés, y compris la mise en œuvre des services pour les personnes atteintes de troubles mentaux » et « l'instruction concernant le soutien aux sans-abri ». La loi sur les mesures spéciales pour prévenir et lutter contre la covid-19 et d'autres maladies infectieuses et faire face aux situations de crise qui en découlent ainsi que d'autres lois ont été adoptées pour, notamment, faciliter l'examen de la situation des personnes qui demandent une assistance et proroger les droits aux prestations en utilisant des moyens de communication sans contact. Des recommandations ont été adressées aux communes concernant la fourniture de l'assistance pendant la fermeture des institutions éducatives, sous forme de prestations en espèces pour l'achat de repas ou de nourriture ou de prestations en nature (produits alimentaires). Le rapport dresse également la liste des mesures prises pour assurer le fonctionnement effectif des institutions d'assistance sociale et la protection de leur personnel. Il décrit aussi les mesures prises pour soutenir financièrement ces institutions. Le rapport ne contient pas d'informations sur les mesures spécifiques qui auraient été prises en prévision de futures crises de ce type.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Pologne n'est pas conforme à l'article 14§1 de la Charte de 1961 au motif que l'accès des ressortissants des autres États parties aux services sociaux est subordonné à une condition de durée de résidence excessive.