



mars 2022

CHARTE SOCIALE EUROPEENNE

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions XXII-2 (2021)

ESPAGNE

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 l'Espagne, qui a ratifié la Charte sociale européenne de 1961 le 6 mai 1980 et la Charte sociale européenne révisée le 17 mai 2021. L'échéance pour remettre le 33^e rapport était fixée au 31 décembre 2020 et l'Espagne l'a présenté le 26 janvier 2021.

Le Comité rappelle qu'il a été demandé à l'Espagne de répondre aux questions ciblées posées au titre de diverses dispositions (questions figurant dans l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, dans laquelle le Comité demandait un rapport sur l'application des dispositions de la Charte). Le Comité s'est donc concentré sur ces aspects. Il a également examiné les réponses données à tous les constats de non-conformité ou décisions d'ajournement formulés dans ses conclusions précédentes (Conclusions XXI-2 (2017)).

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

Les commentaires de *Movimiento ATD Cuarto Mundo España* sur le 33^e rapport ont été enregistrés le 29 juin 2021. Les commentaires de la *Confederación Intersindical Galega* sur le 33^e rapport ont été enregistrés le 30 juin 2021. Les commentaires de la *Confederación Sindical de Comisiones Obreras (CCOO-Espagne)* et de l'*Unión General de Trabajadores y Trabajadoras de España (UGT-Espagne)* sur le 33^e rapport ont été enregistrés le 9 juillet 2021. La réponse du Gouvernement à ces commentaires a été enregistrée le 3 septembre 2021. Les commentaires sur le groupe thématique II « Santé, sécurité sociale et protection sociale » d'*Amnesty International* ont été enregistrés le 1^{er} juillet 2021.

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

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

L'Espagne a accepté toutes les dispositions de ce groupe.

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

Les Conclusions relatives à l'Espagne concernent 14 situations et sont les suivantes :

– 5 conclusions de conformité : articles 3§3, 11§2, 12§2, 14§1 et 14§2 ;

– 5 conclusions de non-conformité : articles 3§2, 12§1, 12§4, 13§1 et l'article 4 du Protocole additionnel.

En ce qui concerne les quatre autres situations, régies par les articles 3§1, 11§1, 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 l'Espagne de présenter des rapports en vertu de la Charte de 1961.

Le rapport suivant de l'Espagne 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 l'Espagne et dans les commentaires de la *Confederación Intersindical Galega* du 30 juin 2021 et de la *Confederación Sindical de Comisiones Obreras (CCOO-Espagne)* et de l'*Unión General de Trabajadores y Trabajadoras de España* (UGT-Espagne) du 9 juillet 2021.

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a jugé que la situation de l'Espagne était conforme à l'article 3§1 de la Charte de 1961, dans l'attente des informations demandées (Conclusions XXI-2 (2017)). Son évaluation portera donc sur les informations fournies par le gouvernement en réponse à la question ciblée.

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

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

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

Le rapport énumère un nombre important de règlements spécifiques adoptés au cours de la période de référence par les autorités compétentes. Ces règlements portent sur les questions de sécurité et de santé au travail, notamment : l'établissement de conditions d'hygiène et de sécurité applicables aux appareils et systèmes de protection destinés à être utilisés en atmosphère explosible (décret royal n° 144/2016) ; l'utilisation d'appareils qui contiennent des matières radioactives (instruction n° IS-40 du Conseil de sûreté nucléaire du 26 avril 2016) ; l'utilisation limitée de certaines substances dangereuses dans les appareils électriques (arrêté ministériel n° PRE/772/2016) ; la sécurité des ascenseurs (décret royal n° 203/2016) ; la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs contre les risques liés à l'exposition aux champs électromagnétiques (décret royal n° 299/2016) ; le travail de nuit (décret royal n° 311/2016) ; les équipements marins et autres questions liées aux navires (décret royal n° 701/2016) ; la manipulation des gaz fluorés (décret royal n° 115/2017) ; la réduction des cotisations pour les risques professionnels au profit des entreprises qui ont réduit de manière significative les accidents du travail (décret royal n° 231/2017) ; la réglementation des installations de protection contre l'incendie (décret royal n° 513/2017) ; l'utilisation et le stockage des produits chimiques (décret royal n° 656/2017) ; la sécurité minière (arrêté ministériel n° ETYU/995/2017) ; les réformes du statut du travailleur indépendant (loi n° 6/2017) ; l'approbation de la liste des maladies professionnelles (décret royal n° 257/2018) ; la sécurité nucléaire (décret royal n° 1400/2018) ; la sécurité des installations de réfrigération (décret royal n° 552/2019) ; l'optimisation de l'utilisation des rayonnements ionisants (décret royal n° 601/2019). Le rapport fournit également une liste non exhaustive des conventions collectives de différents secteurs (plâtre et chaux, industrie et technologie, transformation du riz, chimie, verre et céramique, restauration, arts graphiques, papier, chaussures, cuir et fourrure, métal) relatives au stress et au harcèlement au travail, adoptées entre 2016 et 2019.

Dans sa question ciblée posée au titre de l'article 3§1, le Comité a demandé des informations sur les mesures réglementaires adoptées pour améliorer la sécurité et l'hygiène professionnelles dans le contexte de situations changeantes ou nouvelles telles que l'économie numérique et des plateformes. Ces mesures pouvaient par exemple concerner la stricte limitation et réglementation du suivi électronique des travailleurs, la reconnaissance du droit à la déconnexion, le droit à être indisponible en dehors des heures de travail et des périodes d'astreinte convenues, ainsi que la déconnexion numérique obligatoire du milieu de travail pendant les périodes de repos. Le Comité a également demandé des informations sur la réglementation adoptée en vue de répondre aux nouveaux risques qui se profilent dans le milieu professionnel.

En réponse, le rapport indique que la loi n° 3/2018 relative à la protection des données et à la garantie des droits numériques a reconnu le droit à la déconnexion. La loi dispose que les travailleurs ont droit à la déconnexion en dehors de leur temps de travail légalement établi, et que leurs temps de repos et de congé doivent être respectés, ainsi que leur vie personnelle et familiale. L'employeur doit établir une politique interne concernant la déconnexion numérique, et cette politique doit prévoir une formation et une sensibilisation à l'utilisation raisonnable des technologies afin de prévenir la fatigue numérique. Le droit à la déconnexion numérique doit en particulier être préservé lorsque le travail est effectué en tout ou partie à distance. Des dispositions sur la déconnexion numérique sont également intégrées aux textes de la loi relative au statut des travailleurs et de la loi relative au statut général des fonctionnaires.

La Confederación Intersindical Galega a soumis ses commentaires sur le rapport et affirme que les travailleurs ne savent pas exactement quels aspects de leur vie privée sont contrôlés. Elle déplore également l'absence de définition du droit à la déconnexion et affirme que les risques liés au travail via une plateforme sont souvent inconnus des travailleurs eux-mêmes. La Confederación Sindical de Comisiones Obreras (CCOO-Espagne) et l'Unión General de Trabajadores y Trabajadoras de España (UGT-Espagne) ont également soumis leurs commentaires sur le rapport et affirment que le système de réduction des cotisations au profit des entreprises qui ont diminué les accidents du travail est préjudiciable aux travailleurs et ne profite qu'aux entreprises.

Dans sa réponse aux commentaires formulés par la Confederación Intersindical Galega et la Confederación Sindical de Comisiones Obreras (CCOO-Espagne), ainsi que par l'Unión General de Trabajadores y Trabajadoras de España (UGT-Espagne), le gouvernement indique qu'encourager le respect des obligations est un moyen de prévenir les risques au travail. En ce qui concerne la déconnexion numérique et le travail à distance, le gouvernement mentionne plusieurs actes juridiques qui se situent en dehors de la période de référence aux fins du présent cycle de contrôle.

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, en ce qui concerne le benzène, le Comité a demandé des informations sur les catégories de travailleurs qui réalisaient les types de travaux énumérés à l'annexe XVII du règlement (CE) n° 1907/2006 du Parlement européen et du Conseil concernant l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des substances chimiques, ainsi que les restrictions applicables à ces substances (REACH). Le Comité a également demandé s'il était envisagé de réviser le décret royal n° 396/2006 du 31 mars 2006 fixant les dispositions minimales en matière de sécurité et de santé applicables aux travailleurs qui risquent d'être exposés à l'amiante. Par ailleurs, le Comité a demandé des informations concernant la directive 2009/148/CE du Parlement européen et du Conseil du 30 novembre 2009 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail, qui a abrogé la directive 83/477/CEE, notamment si les valeurs limites prévues par la directive étaient effectivement en vigueur et si elles étaient respectées. En ce qui concerne les rayonnements ionisants, le Comité a demandé des précisions sur les modifications apportées par le décret royal n° 1439/2010 au règlement relatif à la protection contre les rayonnements ionisants. Enfin, il a demandé 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 le benzène, le rapport cite les dispositions spécifiques de l'annexe XVII de REACH relatives au benzène. Il indique en outre que, conformément à la législation en vigueur, les travailleurs de moins de 18 ans ne peuvent pas travailler avec des substances classées comme cancérigènes et que, pour les femmes enceintes, accouchées ou allaitantes, le benzène se trouve parmi les substances classées comme cancérigènes.

En ce qui concerne l'amiante, le rapport mentionne l'évaluation de 2017 du Programme de surveillance de la santé des travailleurs exposés à l'amiante. D'après les résultats du programme, 2 526 entreprises ont fourni des informations sur 56 373 travailleurs ayant travaillé avec de l'amiante. Le rapport indique également qu'il n'est pas prévu de réviser le décret royal n° 396/2007, mais que des guides techniques ont été révisés pour remédier aux diverses nuances interprétatives du texte juridique en question. Le rapport indique en outre que les valeurs limites fixées par la directive 2009/148/CE sont en vigueur, et que la valeur limite spécifique pour l'amiante est de 0,1 fibre par centimètre cube, mesurée par rapport à une moyenne pondérée dans le temps sur huit heures. Le rapport précise que toutes les entreprises qui exercent des activités au contact de l'amiante doivent s'inscrire au registre des entreprises exposées au risque de l'amiante.

Dans leurs commentaires sur le rapport, CCOO-Espagne et UGT-Espagne reprochent au gouvernement de n'avoir transposé que partiellement 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. Elles critiquent également le gouvernement pour le retard de transposition de la directive (UE) 2017/2398 du Parlement européen et du Conseil du 12 décembre 2017 modifiant la directive 2004/37/CE sur la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes au travail, ainsi que pour le fait qu'il n'est pas prévu de modifier le décret royal n° 396/2006.

Le gouvernement affirme que différentes dispositions ont transposé la directive 2013/59/Euratom. Elles indiquent également que deux nouvelles évaluations du Programme national de surveillance de la santé des travailleurs exposés à l'amiante, adopté en 2003, ont été réalisées. Elles affirment en outre que la directive de l'Union européenne sur l'amiante sera révisée, ce qui entraînera également la révision du décret royal n° 396/2006.

Le Comité note que la date limite de transposition de la directive 2017/2398 était le 17 janvier 2020 et qu'elle se situe en dehors de la période de référence aux fins du présent cycle de contrôle.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations indiquant si la directive 2013/59/Euratom a été pleinement incorporée dans le droit national. 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 l'Espagne soit conforme à l'article 3§1 de la 1961 Charte.

Champ d'application personnel des règlements

Le Comité a précédemment jugé la situation conforme à la Charte à cet égard, mais a demandé que le rapport suivant contienne des informations à jour sur le cadre juridique relatif à la protection des travailleurs indépendants. Il a également demandé des informations sur les conséquences dans le secteur précaire, en particulier par rapport au « travail à distance » (Conclusions XXI-2 (2017)).

Le rapport ne fournit pas d'informations à jour concernant le cadre juridique relatif à la protection des travailleurs indépendants. Dans leurs commentaires, CCOO-Espagne et UGT-Espagne indiquent que les travailleurs indépendants ne reçoivent souvent pas de formation sur la prévention des risques et que l'outil qui leur est destiné (Prévention 10) n'est pas efficace dans la pratique.

Le gouvernement répond que l'outil « Prévention 10 » vise à faire connaître aux travailleurs indépendants les risques professionnels auxquels ils sont exposés et les mesures les plus appropriées pour les prévenir, ainsi qu'à faciliter l'accomplissement de leurs obligations.

En ce qui concerne les conséquences dans le secteur de l'emploi précaire, comme l'a déjà noté le Comité, le rapport fournit des informations sur le décret royal n° 28/2020 relatif au travail à distance, lequel se situe en dehors de la période de référence aux fins du présent cycle de contrôle.

Covid-19

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

En réponse, le rapport indique que, depuis la déclaration de l'état d'urgence sanitaire le 14 mars 2020, un certain nombre de textes réglementaires et législatifs ont été adoptés. Ils concernent notamment : certaines mesures urgentes dans le domaine économique destinées à la protection de la santé publique (décret-loi royal n° 6/2020) ; les mesures mises en place dans le domaine de la défense (instructions du ministère de la Défense du 15 mars 2020) ; les mesures visant à faire face à la crise économique et sociale (décret-loi royal n° 8/2020) ; la réglementation de l'acquisition et de la distribution de masques par le

ministère des Transports, de la Mobilité et de l'Agenda urbain (arrêté n° TMA/263/2020) ; les mesures concernant les résidences pour personnes âgées et les établissements médico-sociaux (arrêté n° SND/265/2020 du ministère de la Santé) ; la gestion des déchets dans le contexte de la crise sanitaire provoquée par la covid-19 (arrêté n° SND/271/2020) ; la diffusion d'informations liées à la covid-19 (arrêté n° SND/275/2020 du ministère de la Santé) ; la dérogation temporaire aux règles en matière de temps de conduite et de repos dans le cadre du transport de marchandises (décision de la Direction générale du transport terrestre du 26 mars 2020) ; la diffusion d'informations au sein des établissements sociaux à caractère résidentiel dans le contexte de la covid-19. En outre, d'autres textes ont été adoptés en ce qui concerne : la formation professionnelle et les indemnités dans le secteur de la pêche (décret royal n° 449/2020) ; la formation du personnel ferroviaire (arrêté n° TMA/379/2020 du ministère des Transports, de la Mobilité et de l'Agenda urbain) ; certaines mesures pour faciliter le transport de marchandises (arrêté n° TMA/229/2020 du ministère des Transports, de la Mobilité et de l'Agenda urbain) ; des mesures en matière de transport d'animaux (arrêté n° TMA/279/2020 du ministère des Transports, de la Mobilité et de l'Agenda urbain) ; des mesures pour l'utilisation du bioéthanol dans la fabrication de solutions et de gels hydroalcooliques pour la désinfection des mains (arrêté n° SND/321/2020) ; certaines activités liées aux travaux d'intervention dans des bâtiments (arrêté n° SND/340/2020 du ministère de la Santé) ; l'utilisation par les forces armées de certains biocides (arrêté n° SND/351/2020 du ministère de la Santé) ; des mesures exceptionnelles visant à garantir l'accès de la population aux produits d'hygiène pour prévenir la propagation de la covid-19 (arrêté n° SND/354/2020 du ministère de la Santé) ; les équipements de protection individuelle dans les petites et moyennes entreprises (décision du Secrétariat général de l'Industrie et des Petites et moyennes entreprises du 23 avril 2020) ; la reprise des activités dans le secteur de l'hôtellerie-restauration sur les territoires les moins touchés par la crise sanitaire (arrêté n° SND/386/2020 du ministère de la Santé) ; l'ouverture de certains commerces (arrêté n° SND/388/2020 du ministère de la Santé) ; l'utilisation de masques dans les différents moyens de transport (arrêté n° TMA/384/2020 du ministère des Transports, de la Mobilité et de l'Agenda urbain) ; la reprise des compétitions sportives (décision de la présidence du Conseil supérieur des sports du 4 mai 2020) ; la surveillance épidémiologique (arrêté n° SND/404/2020 du ministère de la Santé) ; l'assouplissement de certaines restrictions (arrêté n° SND/399/2020 du ministère de la Santé) ; la disponibilité d'antiseptiques pour peau saine (arrêté n° SND/402/2020 du ministère de la Santé) ; les mesures rétablissant temporairement les contrôles aux frontières (arrêté n° INT/401/2020 du ministère de l'Intérieur) ; les conditions de quarantaine auxquelles doivent être soumises les personnes venant d'autres pays à leur arrivée en Espagne (arrêté n° SND/403/2020 du ministère de la Santé) ; l'utilisation obligatoire de masques (arrêté n° SND/422/2020 du ministère de la Santé) ; les limitations d'entrée en Espagne des aéronefs et des navires de passagers (arrêté n° SND/441/2020 du ministère de la Santé).

Le rapport indique en outre que l'Institut national de la sécurité et de la santé au travail a adopté des documents techniques liés à la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs dans différents secteurs, tels que les services sociaux, le transport de marchandises, l'industrie, les chantiers de construction, le commerce des denrées alimentaires, des boissons et des produits de première nécessité, les centres vétérinaires, le secteur minier, la pêche, le secteur agricole et l'élevage, les stations-service, les services funéraires, la blanchisserie industrielle, la restauration et la livraison à domicile, la gestion et l'administration, la presse et la communication, le commerce des produits textiles, les cabinets dentaires, la gestion des déchets et l'utilisation de systèmes de climatisation. Des dispositions ont également été adoptées au sujet du bien-être des travailleurs, des risques psychosociaux liés au travail à distance, des conseils ergonomiques pour le travail à distance. Enfin, d'autres dispositions ont été adoptées en ce qui concerne l'utilisation d'équipements de protection individuelle (tels que masques et gants) afin de réduire les risques associés à la covid-19.

D'après la Confederación Intersindical Galega, les travailleurs de première ligne ne possédaient pas suffisamment d'équipements de protection individuelle.

En réponse aux commentaires de la Confederación Intersindical Galega, le gouvernement affirme que les mesures nécessaires ont été prises pour protéger le personnel de la police et fournir l'assistance requise par les autorités sanitaires.

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 l'Espagne.

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

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

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le Comité a précédemment examiné (Conclusions XXI-2 (2017)) la situation de l'Espagne en ce qui concerne les accidents du travail et les maladies professionnelles et conclu qu'elle n'était pas conforme à l'article 3§2 de la Charte de 1961 aux motifs que les mesures prises pour réduire le nombre d'accidents du travail étaient insuffisantes et que la surveillance des maladies professionnelles n'avait pas été satisfaisante pendant la période de référence. Il a demandé que le rapport suivant fournisse des informations sur la définition légale des maladies professionnelles, sur le mécanisme de reconnaissance, d'examen et de révision des maladies professionnelles (ou de la liste de maladies professionnelles), sur le taux d'incidence et le nombre de maladies professionnelles reconnues et déclarées pendant la période de référence (ventilé par secteur d'activité et par année), y compris les cas mortels de maladies professionnelles et les mesures prises et/ou envisagées pour lutter contre la sous-déclaration et la reconnaissance insuffisante des cas de maladies professionnelles, sur les maladies professionnelles les plus fréquentes pendant la période de référence, ainsi que sur les mesures prises et envisagées aux fins de leur prévention.

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

Le rapport indique que l'Instruction n° 1/2019 sur les conditions de sécurité et d'hygiène dans le travail temporaire a été approuvée. Cette mesure repose sur la constatation que le caractère temporaire a une incidence sur les accidents du travail car cette modalité d'embauche est souvent associée à une réduction des droits à la formation et à la protection de la sécurité. Le Comité prend également note des informations concernant les campagnes

axées sur les risques psychosociaux et la sécurité routière et les campagnes ciblées menées dans les secteurs et les métiers les plus touchés par les accidents du travail.

Le rapport ne contient pas d'informations sur les décès, blessures et invalidités liés au travail, ni aucun chiffre concernant les accidents du travail, mortels et non mortels, et leurs taux d'incidence. Le Comité souligne l'importance de disposer de cette information pour pouvoir apprécier l'efficacité de la surveillance des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Dans ses commentaires sur le rapport, enregistrés par le Secrétariat le 30 juin 2021, la Confédération intersyndicale galicienne (*Confederación Intersindical Galega – CIG*) indique que l'augmentation du nombre d'accidents mortels du travail ces dernières années ne saurait s'expliquer par la modification des critères d'enregistrement de ce type d'accidents (depuis l'année 2016, un décès résultant d'un accident du travail est enregistré comme accident mortel même si le décès n'intervient pas le jour même de l'accident) ou par la récente inclusion des travailleurs indépendants dans les statistiques relatives aux accidents du travail. Selon la confédération, cette augmentation est due au fait que les entreprises n'accordent pas une attention suffisante aux questions de santé et sécurité. Elle estime que le gouvernement devrait prendre d'urgence des mesures et mettre en place sans délai un plan de lutte contre les accidents du travail.

Dans leurs commentaires enregistrés par le Secrétariat le 9 juillet 2021, la Confédération syndicale des commissions ouvrières (*Confederación Sindical de Comisiones Obreras – CCOO*) et l'Union générale des travailleurs (*Unión general de trabajadores de España – UGT*) affirment que les changements apportés à la réglementation pendant cette période n'ont pas permis d'obtenir des effets positifs et de progresser vers l'objectif de réduire le taux des accidents liés au travail. CCOO et UGT indiquent que si l'on compare le taux d'incidence des accidents du travail entre 2012 et 2018, on constate une augmentation cumulée de 15,6 %. Elles soulignent aussi que la baisse du taux d'incidence en 2019 n'était pas due à l'amélioration des conditions de travail mais résultait plutôt de l'inclusion des travailleurs indépendants dans les données à prendre en compte.

Selon les données publiées par Eurostat, le nombre d'accidents du travail mortels était en forte hausse en 2019 avec 322 accidents mortels enregistrés, contre 271 en 2016 et 290 en 2017 et 2018. Le taux d'incidence de ces accidents s'élevait à 2.89 en 2016 et 2017 et à 2.84 en 2018. Ces chiffres sont supérieurs à la moyenne de l'UE à 27 au cours de la même période (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 passé de 331,612 en 2016 à 367,900 en 2018. Le taux d'incidence de ces accidents a aussi augmenté, passant de 3,209.81 en 2016 à 3,275.08 en 2018. Ces chiffres sont supérieurs à la moyenne de l'UE à 27 au cours de la même période (1,772.37 en 2016 et 1,768.93 en 2018).

Le Comité renouvelle sa demande d'informations ciblées sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, à savoir 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, et également en ce qui concerne les victimes de harcèlement au travail et de mauvaise gestion.

Le rapport ne fournit aucune réponse aux points soulevés par le Comité dans sa conclusion précédente concernant les maladies professionnelles. Le Comité renouvelle sa demande à cet égard et souligne l'importance de disposer de ces informations pour pouvoir apprécier l'efficacité de la surveillance des maladies professionnelles. Dans sa conclusion précédente, constatant que le rapport ne fournissait pas de données chiffrées pertinentes sur le nombre

de maladies professionnelles, il avait conclu que la surveillance des maladies professionnelles n'avait pas été satisfaisante pendant la période de référence.

Le Comité estime toujours que les maladies professionnelles ne font pas l'objet d'une surveillance efficace et que les mesures prises pour réduire le nombre d'accidents du travail sont insuffisantes. Il reconduit par conséquent sa conclusion de non-conformité à cet égard.

Activités de l'Inspection du travail

Le Comité a précédemment examiné (Conclusions XXI-2 (2017) les activités de l'Inspection du travail et indiqué que pour apprécier la conformité de la situation avec l'article 3§2, il avait besoin de savoir quelle la proportion de la main-d'œuvre totale était couverte par les inspections. Il a par conséquent demandé que le rapport suivant indique la proportion de travailleurs couverts par les inspections et le pourcentage d'entreprises ayant fait l'objet d'un contrôle d'hygiène et de sécurité au cours de la période de référence.

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

En réponse, le rapport fait état d'un renforcement de l'effectif des inspecteurs du travail, porté de 960 en 2016 à 965 en 2018, et de celui des sous-inspecteurs, porté de 837 en 2016 à 901 en 2018. Le rapport indique également qu'il est prévu d'intégrer 833 nouveaux inspecteurs et sous-inspecteurs dans le système d'inspection (ITSS) au cours des cinq prochaines années et qu'il en résultera une augmentation des effectifs de 23 %. Les décisions relatives aux avis de concours de 353 nouveaux postes ont été publiées au Journal officiel en octobre 2018.

Le rapport indique que depuis l'adoption, le 8 avril 2018, de son nouveau statut d'organisme autonome, l'ITSS dispose d'un budget distinct qui s'élevait à 126.46 millions € en 2018. Le Comité prend également note des mesures prises pour moderniser les procédures de gestion et renforcer la collaboration et la coopération entre l'Inspection du travail et les régions, l'administration fiscale et le ministère public.

Selon le rapport, le nombre de visites de contrôle effectuées par les inspecteurs du travail s'établissait comme suit : 279,048 en 2016, 266,718 en 2018 et 276,935 en 2019. D'après les données pour 2018, 67.52 % des visites ont été réalisées dans le secteur des services et 17.47 % dans le secteur de la construction. En 2018, les services d'inspection ont émis au total 112,226 ordres de service (101,761 en 2016) dans le domaine de la prévention des risques professionnels, ce qui a donné lieu à des interventions spécifiques de l'Inspection du travail, par exemple contrôle de l'utilisation des équipements de protection individuelle par les travailleurs, de la gestion de la prévention des risques professionnels par les entreprises, etc. En 2018, les inspecteurs du travail ont ordonné 120 arrêts d'activité (160 en 2017) en raison de l'existence d'un danger grave et imminent.

Le rapport explique aussi que, pendant la période de référence, la majorité des interventions de l'Inspection du travail ont porté sur les matières suivantes : conditions de sécurité sur le lieu de travail, machines et matériel de travail, formation et information des travailleurs, équipements de protection individuelle, évaluation des risques, escaliers, plateformes et ouvertures, planification de l'action préventive et surveillance de la santé. Il est précisé qu'en 2018, les administrations publiques ont fait l'objet de 2,455 injonctions, selon la procédure administrative spéciale d'imposition de mesures correctrices pour manquements en matière

de prévention des risques professionnels dans le cadre de l'administration générale de l'État.

En réponse à la question de savoir si les inspecteurs sont habilités à contrôler tous les lieux de travail, y compris les locaux habités, dans tous les secteurs de l'économie, le rapport indique que les inspecteurs du travail sont habilités à entrer librement à tout moment et sans préavis dans un lieu de travail, un établissement ou un lieu soumis à inspection et à y rester. Si le centre soumis à inspection est le domicile d'une personne physique, ils devront obtenir son consentement exprès ou, à défaut, l'autorisation judiciaire correspondante.

Le rapport n'indique pas la proportion de travailleurs couverts par les inspections ni le pourcentage d'entreprises ayant fait l'objet d'une visite de contrôle portant sur la santé et la sécurité au cours de la période de référence. Le Comité demande en outre des informations plus détaillées et actualisées sur la nature et le type de sanctions infligées en cas d'infraction aux lois et règlements en matière de sécurité et de santé au travail. 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

Le Comité conclut que la situation de l'Espagne n'est pas conforme à l'article 3§2 de la Charte de 1961 aux motifs que :

- les mesures prises pour réduire le nombre d'accidents du travail sont insuffisantes ;
- les maladies professionnelles ne font pas l'objet d'une surveillance efficace.

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 prend note des informations figurant dans le rapport remis par l'Espagne.

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§3 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 »). Cependant, aucune question ciblée n'a été posée au titre de l'article 3§3 de la Charte de 1961.

Le Comité se réfère à sa précédente conclusion (Conclusion XXI-2 (2017)) dans laquelle il avait pris note que le rapport précédent présenté par l'Espagne ne contenait aucune information sur l'article 3§3 de la Charte et avait donc ajourné ses conclusions. Son évaluation portera donc sur les informations fournies par le gouvernement en réponse aux questions ciblées.

Le Comité renvoie également à ses conclusions XXI-2 (2013) et XIX-2 (2009) dans lesquelles il avait conclu que les structures et procédures de consultation au niveau national et dans les entreprises étaient conformes à l'article 3§3 de la Charte de 1961. À la même occasion, le Comité avait noté que la « Stratégie espagnole en matière de santé et de sécurité au travail 2007-2012 » (SESST) avait notamment pour but de renforcer le rôle des différents acteurs sociaux et de faire davantage participer employeurs et salariés à l'amélioration de la santé et de la sécurité au travail.

Le rapport explique que la Commission nationale pour la sécurité et la santé au travail (CNSST) est l'organe consultatif collégial sur lequel s'appuient les administrations publiques pour formuler les politiques de prévention. Il s'agit également du principal organe à participation institutionnelle dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail. Il se compose de représentants de toutes les communautés autonomes compétentes en matière de prévention des risques professionnels et, sur un pied d'égalité, de représentants de l'administration générale de l'État et des organisations patronales et syndicales les plus représentatives.

Le rapport souligne également que la CNSST fonctionne en plénière, en commission permanente et en groupes de travail. La plénière est l'organe qui approuve les accords de la CNSST et les rapports sur les projets de loi. Les principaux objectifs des groupes de travail sont de diminuer le nombre élevé d'accidents du travail et de maladies professionnelles dans les secteurs et activités prioritaires, d'améliorer les conditions de santé et de sécurité de certains groupes de salariés et d'étudier et de prévenir des risques spécifiques.

Au cours de la période 2016-2019, 213 réunions ont eu lieu, dont 6 en formation plénière et les autres en commissions permanentes, groupes et sous-groupes de travail. Le rapport fournit une liste de propositions législatives préparées par la CNSST dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail. Parmi les accords adoptés par la Commission au cours de cette période, le rapport fait notamment référence au Plan d'action pour la stratégie espagnole en matière de sécurité et de santé au travail 2017-2018 et 2019-2020.

Conclusion

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

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 l'Espagne et dans les commentaires de la *Confederación Intersindical Galega* du 30 juin 2021, de la *Confederación Sindical de Comisiones Obreras* (CCOO-Espagne) et de l'*Unión General de Trabajadores y Trabajadoras de España* (UGT-Espagne) du 9 juillet 2021, ainsi que de la réponse du gouvernement aux commentaires du 3 septembre 2021.

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

Dans sa précédente conclusion, le Comité a estimé que la situation en Espagne était conforme à l'article 11§1 de la Charte de 1961 (Conclusions XXI-2 (2017)). Son évaluation portera donc uniquement sur les informations fournies par le gouvernement en réponse aux questions ciblées.

Le Comité tient à souligner qu'il ne prendra 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 Comité note, d'après les données de la Banque mondiale, que l'espérance de vie à la naissance en Espagne en 2019 était de 83,5 ans, ce qui constitue une augmentation par rapport à 2015, où elle était de 82,8 ans. En 2019, l'espérance de vie à la naissance était de 80,9 ans pour les hommes (80,1 en 2015) et de 86,2 ans pour les femmes (85,7 en 2015). L'espérance de vie à la naissance en Espagne reste la plus élevée de l'Union européenne. Le Comité relève en outre que, d'après les données de la Banque mondiale, le taux de mortalité en Espagne a légèrement diminué, passant de 9,1 décès pour 1 000 habitants en 2015 à 8,8 en 2019.

Le rapport indique que les statistiques fournies en Espagne ne prennent pas en compte l'appartenance à un groupe ethnique. Les informations sur la prévalence de diverses maladies parmi les minorités ethniques proviennent donc d'enquêtes menées auprès de la population rom. Le Comité note que les résultats de l'enquête la plus récente ont été publiés en 2014, soit en dehors de la période de référence aux fins du présent cycle d'examen. Le Comité rappelle que la collecte et l'analyse des données statistiques (dans le respect de la vie privée et sans commettre d'abus) est indispensable pour formuler une politique rationnelle visant à protéger des groupes particulièrement vulnérables ou à réduire un

phénomène particulier (voir, mutatis mutandis, CEDR c. Italie, réclamation n° 27/2004, décision sur le bien-fondé du 7 décembre 2005, paragraphe 23 ; CEDR c. Grèce, réclamation n° 15/2003, décision sur le bien-fondé du 8 décembre 2004, paragraphe 27 ; Conclusions 2005, France, article 31§2, p. 287). Par conséquent, le Comité réitère sa demande de données statistiques concernant les groupes ethniques.

Le Comité note que, selon le rapport « Espagne : Profils de santé par pays – 2019 » (d'après une initiative de l'OCDE, de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et de la Commission européenne), les inégalités en matière d'espérance de vie sont moins prononcées que dans de nombreux autres pays de l'Union européenne. Selon ce même rapport, plus d'un tiers de tous les décès en Espagne peuvent être attribués à des facteurs de risque comportementaux, tels que les habitudes alimentaires, le tabagisme, la consommation d'alcool et un faible niveau d'activité physique.

Le rapport fournit des informations sur le taux de VIH, qui était de 8,65 cas pour 100 000 habitants en 2018. Parmi les personnes infectées, 85,3 % étaient des hommes et l'âge moyen des personnes infectées était de 36 ans. Dans la population carcérale, la prévalence du VIH était de 4,2 % en 2018.

Le rapport indique que le taux d'hépatite C en 2018 était de 3,02 cas pour 100 000 habitants. Dans la population carcérale, la prévalence de l'hépatite C était de 10,2 % en 2018.

La *Confederación Intersindical Galega* (CIG), dans ses commentaires sur le rapport, se dit préoccupée du fait que les statistiques de santé en Espagne ne tiennent pas compte de la variable ethnique et que la situation sanitaire de la minorité rom laisse à désirer par rapport à celle de la population générale. Dans sa réponse, le gouvernement n'a pas commenté ce point.

Accès aux soins de santé

Dans sa question ciblée, le Comité a demandé 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) et des statistiques sur les maternités précoces (jeunes filles mineures), et sur les taux de mortalité infantile et maternelle.

Le Comité note que le rapport ne fournit aucune information en réponse à sa question ciblée et qu'il communique seulement une liste de liens vers les sites internet du ministère de la Santé, où toutes les informations sont en espagnol.

Le rapport ne fournit pas d'informations sur la mortalité maternelle et infantile. Selon les données de la Banque mondiale, en 2016, le taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes était de 4. Le taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes était de 2,6 en 2019, ce qui représente une légère baisse par rapport à 2015, où il était de 2,7.

Le Comité réitère sa demande d'informations sur la mortalité infantile et maternelle et 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 l'Espagne soit conforme à l'article 11§1 de la Charte de 1961 sur ce point.

Le rapport fournit un lien vers des informations sur l'avortement (en espagnol). Selon ces informations, en 2019, le taux d'avortement pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans était de 11,53, ce qui représente une augmentation par rapport à 2015, où il était de 10,40.

La CIG a présenté ses observations et déclaré que les informations fournies par le gouvernement en réponse à la question ciblée ne pouvaient être considérées comme suffisantes. La *Confederación Sindical de Comisiones Obreras* (CCOO-Espagne) et l'*Unión General de Trabajadores y Trabajadoras de España* (UGT-Espagne) ont soumis leurs commentaires sur le rapport et ont déclaré que ce dernier donnait des liens vers des sites

internet mais n'effectuait aucune analyse de la situation. Les deux organisations ont précisé que la législation espagnole exigeait trois phases informatives en préalable à tout avortement provoqué et que l'intervention ne pouvait être pratiquée que dans des centres de santé publics ou privés agréés. Dans sa réponse, le gouvernement ne fait aucun commentaire sur cette question.

Le Comité demande donc à ce que le prochain rapport comporte des informations sur l'accès aux services d'avortement, y compris sur les phases informatives nécessaires pour accéder à un avortement provoqué, sur le coût de l'avortement et sur les conditions de son remboursement total ou partiel.

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

Le Comité réitère sa demande de fournir des statistiques sur les maternités précoces (jeunes filles mineures).

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 médicales ou aux traitements médicaux (au regard de l'article 11§2). Le Comité prend note de la définition du consentement éclairé présentée dans le rapport (« l'autorisation que le patient, en pleine possession de ses facultés et après avoir été correctement informé, donne librement, volontairement et consciemment pour qu'une intervention affectant sa santé soit

effectuée »). Selon le rapport, les droits du patient sont ici régis par la loi (nationale) n° 41/2002 sur l'autonomie des patients et les droits et obligations en matière de documentation et d'information cliniques, ainsi que par les textes pertinents adoptés au niveau régional. Conformément à la loi n° 16/2003 du 28 mai 2003 sur la cohésion et la qualité du système national de santé, le consentement éclairé du patient doit toujours être obtenu pour certaines techniques, technologies ou procédures qui relèvent du ministère de la Santé.

Covid-19

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

Aux fins de l'article 11§1, le Comité prend note des informations centrées sur les mesures prises pour prendre en charge 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 indique qu'un certain nombre de documents ont été publiés sur le site internet du ministère de la Santé à propos de la crise de la covid-19. Il s'agit d'informations sur la maladie et sur les mesures de prévention et d'hygiène.

CCOO-Espagne et UGT-Espagne se déclarent inquiets quant à la détérioration des soins primaires publics pendant la pandémie, notamment concernant les retards dans les rendez-vous. Amnesty International exprime des préoccupations liées à la pandémie, telles que la fermeture de centres de santé et de cliniques locales, et formule des recommandations, par exemple le renforcement du système de soins de santé primaires et la garantie de l'accès aux soins primaires pour les personnes les plus vulnérables.

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 l'Espagne.

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 l'Espagne était conforme à l'article 11§2 de la Charte (Conclusions XXI-2 (2017)).

Éducation et sensibilisation de la population

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

Le rapport présente des informations détaillées concernant les activités et mesures de prévention prises (campagnes d'informations, publications, stratégies de prévention, programmes de formation, etc.) dans le cadre de divers programmes et plans nationaux destinés au grand public. Ces mesures couvrent une variété de domaines, tels que l'activité physique, la prévention des traumatismes et la sécurité routière, la prévention de la consommation d'alcool, de tabac, de drogues (licites et illicites) et autres substances psychoactives ou ayant un potentiel addictif.

Il ressort du rapport que la Stratégie de santé mentale du système national de la santé est en train d'être mise à jour. L'un des objectifs prévus dans la nouvelle stratégie est la promotion de modes de vie sains, en particulier la promotion de l'activité physique, d'une alimentation saine, de l'hygiène personnelle, d'un sommeil de qualité, d'une sexualité saine, de l'abandon des habitudes malsaines, de la gestion du stress, de la prévention des addictions, des comportements suicidaires et des situations de dépendance, etc.

Par ailleurs, le rapport mentionne la création par le ministère de la Santé d'un « Réseau des écoles de santé pour les citoyens » pendant la période de référence. Les objectifs de ce réseau sont, entre autres, d'améliorer les connaissances, les compétences et les comportements en matière de soins, de promotion de la santé et de prévention des maladies, et de promouvoir la culture et l'éducation en matière de santé.

Le rapport indique en outre que la Stratégie de prévention et de promotion de la santé dans le système national de santé, approuvée par le Conseil interterritorial du système national de santé le 18 décembre 2013, fournit un cadre commun en la matière afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population. Cette stratégie est fondée sur une approche tout au long de la vie et repose sur la participation active de différents groupes de la société. Selon le rapport, elle s'articule autour de trois axes : environnements, facteurs de risque et populations. Le Comité prend note de diverses activités d'éducation à la santé, de prévention et de promotion de la santé menées dans le cadre de cette stratégie par le ministère de la Santé au cours de la période de référence.

En outre, le rapport indique qu'un accord a été signé entre le ministère de l'Éducation et de la Formation Professionnelle et le ministère de la Santé, de la Consommation et du Bien-être Social le 11 novembre 2019, afin de promouvoir l'éducation à la santé en milieu

scolaire. Cet accord s'inscrit dans le prolongement de l'accord-cadre en vigueur depuis 2005 et a pour objet la définition d'un cadre général de collaboration entre les deux ministères destiné à favoriser la mise en œuvre d'actions en matière d'éducation et de promotion de la santé en milieu scolaire : introduction de contenus sur la santé adaptés à chaque étape du cursus scolaire ; éducation pour la santé en classe afin d'encourager l'adoption de modes de vie sains et de développer des aptitudes utiles dans la vie ; promotion d'environnements éducatifs sains, participatifs et ouverts sur la communauté ; soutien aux écoles-santé, qui mettent en œuvre une approche globale visant à favoriser la santé, le bien-être et l'épanouissement du capital social de la communauté éducative. Le Comité observe que l'accord prévoit d'inscrire ces actions dans le cadre de différents plans et stratégies énumérés dans le rapport.

En ce qui concerne l'éducation à la santé sexuelle et reproductive, le rapport indique que la Commission de santé publique du Conseil interterritorial du système national de santé a approuvé le plan opérationnel 2019-2020 de la stratégie nationale de santé sexuelle le 20 juin 2019. Il aborde les nouveaux défis en la matière qui sont apparus depuis l'adoption de la stratégie nationale de santé sexuelle et reproductive annoncée dans la loi 2/2010. Ledit plan prévoit la mise en œuvre prioritaire de huit mesures au cours de cette période. Le Comité note que l'une des mesures énoncées est le renforcement de la coordination avec le secteur éducatif afin d'inclure l'éducation sexuelle à toutes les étapes du cursus scolaire.

Dans ses questions ciblées, le Comité a également demandé des informations sur la sensibilisation et l'éducation en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre (OSIG) et de violence fondée sur le genre. En réponse, le rapport présente les actions mises en œuvre dans ce domaine. En particulier, selon le rapport, la Direction générale sur la Diversité sexuelle et les Droits LGBTI du ministère de l'Égalité organise des actions de formation afin de lutter contre le harcèlement homophobe et transphobe à l'école. Les séminaires proposés dans le cadre du projet « Embrasser la diversité : une responsabilité éducative » visent à doter le personnel enseignant, le personnel d'orientation, d'encadrement et de direction des établissements d'enseignement primaire et secondaire des outils nécessaires pour identifier et prévenir les situations de harcèlement en milieu scolaire. En outre, le Secrétariat d'État à l'Égalité a mené en 2017 une étude intitulée « Les personnes LGBT et l'emploi en Espagne : vers des espaces de travail inclusifs respectant l'orientation sexuelle et l'identité et l'expression de genre ». Les résultats de cette étude ont conduit à la mise en œuvre d'un projet « ADIM – Vers une meilleure gestion de la diversité LGBT dans le secteur public et privé » dans le cadre du programme « Droits, égalité et citoyenneté » de l'Union européenne.

Consultations et dépistage des maladies

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la situation de l'Espagne 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)).

S'agissant des mesures spécifiques pour lutter contre la pseudoscience dans le domaine de la santé, le rapport indique que le ministère de la Santé et le ministère de la Science et de l'Innovation travaillent à l'élaboration d'un plan d'action pour combattre les pseudo-sciences et leurs effets. De plus, le Plan pour la protection de la santé face aux pseudo-thérapies, publié en 2018, a pour objectif de définir et de mettre en œuvre des actions dans le cadre d'une approche globale de protection des personnes contre les pseudo-thérapies. Selon le rapport, les autorités sanitaires ont pour obligation de protéger la santé et doivent donc fournir aux citoyens des informations précises afin qu'ils puissent distinguer, d'une part, les prestations et les traitements dont l'efficacité thérapeutique a été prouvée et, d'autre part, les produits et autres méthodes pour lesquels ce n'est pas le cas. Le Comité note que le rapport d'évaluation des pseudo-thérapies est en cours de mise à jour et demande des informations actualisées lors du prochain cycle de suivi.

Conclusion

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

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 3 - Prévention des maladies et accidents

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Espagne.

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

Services de santé dans les lieux de détention

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

Le rapport fournit des informations sur les effectifs de santé dans les prisons et dans deux hôpitaux psychiatriques pénitentiaires, ainsi que sur la structure des services de santé pénitentiaires, qui fonctionnent sous la supervision du ministère de l'Intérieur. Le rapport contient des informations supplémentaires sur la prévention, la détection et le traitement des maladies transmissibles dans les prisons, sur l'éducation à la santé, ainsi que des données sur le nombre de personnes bénéficiant de différents types de tests ou de traitements dans des établissements situés à l'intérieur ou à l'extérieur du système pénitentiaire. Le rapport donne également un aperçu détaillé des dispositions mises en place en matière de santé mentale, tant en ce qui concerne les traitements en général que les programmes de réadaptation, ainsi que des données sur l'incidence des troubles de santé mentale, souvent associés à la consommation de drogues.

Services de santé mentale de proximité

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

adoptées pour veiller à ce que les personnes ayant besoin de soins de santé mentale ne soient pas négligées.

Le rapport fournit des informations limitées sur le nombre de centres de santé mentale en 2014, avant la période de référence, et sans aucune explication sur le type de services fournis dans ces établissements. En outre, d'après le rapport, la stratégie nationale en matière de santé mentale fait actuellement l'objet d'une mise à jour et des travaux de recherche sont prévus sur le lien entre pauvreté et santé mentale.

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

Le Comité note que le rapport ne contient pas les informations demandées dans la question ciblée. Par conséquent, le Comité réitère sa demande et considère que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettrait d'établir que la situation de l'Espagne est conforme à l'article 11§3 de la Charte de 1961.

Le Comité note par ailleurs que l'article 15§3 de la Charte révisée offre d'ordinaire l'occasion d'examiner le processus de désinstitutionalisation des personnes ayant des problèmes de santé mentale. 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.

Le Comité note que le Comité des droits des personnes handicapées (CRPD, 2019), dans sa dernière série d'observations finales concernant la situation de l'Espagne, s'est dit préoccupé par l'accès limité à une assistance personnelle, la poursuite des investissements publics dans la construction de nouvelles institutions résidentielles pour les personnes handicapées, et par l'absence d'une stratégie de désinstitutionalisation et d'un plan d'action visant à promouvoir l'autonomie de vie de toutes les personnes handicapées dans leur propre environnement.

En conséquence, le Comité demande les informations suivantes :

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

- la façon dont la qualité des services de proximité est suivie, et la façon dont les personnes handicapées et leurs organisations représentatives sont associées à la fourniture, au suivi ou à l'évaluation des services de proximité.

Prévention de la toxicomanie et réduction des risques

Dans une question ciblée, le Comité a demandé des informations sur les décès liés à la drogue et sur la transmission de maladies infectieuses entre usagers de substances psychoactives, notamment par injection, aussi bien dans les lieux de détention qu'en milieu ouvert. Le Comité a également demandé un aperçu de la politique nationale destinée à répondre à la consommation de substances et aux troubles associés (dissuasion, éducation et approches de réduction des risques fondées sur la santé publique, dont l'usage ou la possibilité d'obtenir des médicaments figurant sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS pour les 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 ne répond à la demande d'informations qu'en ce qui concerne la consommation de drogues en milieu carcéral, principalement en présentant les données d'une enquête sur la consommation de drogues réalisée en 2016. Les données concernent la prévalence et les tendances de la consommation de drogues, ainsi que les maladies infectieuses, les situations d'urgence et les décès liés aux drogues. Les programmes de prévention et d'éducation à la santé comprennent des services de conseil, des traitements de la toxicomanie et des mesures de réduction des risques.

Le Comité mentionne le rapport sur les drogues (Espagne, 2019) de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, qui a noté que l'incidence des nouveaux cas de séropositivité diagnostiqués parmi les consommateurs de drogues par injection est restée faible en 2017. En 2016, le taux de mortalité liée aux drogues chez les adultes (âgés de 15 à 64 ans) était de 16 décès par million. La politique en matière de drogues adopte une approche fondée sur la santé publique et inclut des mesures de réduction des risques, telles que des interventions éducatives préventives, des aiguilles et des seringues propres, des tests et des vaccinations contre les infections liées aux drogues, ou encore une aide et des soins d'urgence. Des traitements agonistes opioïdes sont également disponibles.

Le Comité demande des informations à jour sur les décès liés aux drogues et la transmission de maladies infectieuses, ainsi qu'un aperçu de la politique nationale destinée à répondre à la consommation de substances et aux troubles associés parmi les usagers de substances psychoactives, notamment par injection, au sein de la collectivité.

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 Comité se réfère au rapport par pays (Espagne) qui s'inscrit dans l'examen de la mise en œuvre de la politique environnementale 2019, lequel a relevé une série de défis, notamment en ce qui concerne la gouvernance de l'eau et les eaux usées, ainsi que la mauvaise qualité de l'air corrélée à la congestion du trafic dans les grandes zones métropolitaines. Il convient de noter que, suite à un arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne du 25 juillet 2018, l'Espagne a été condamnée à des sanctions pécuniaires pour ne pas s'être conformée à la directive relative au traitement des eaux urbaines résiduelles.

Le Comité constate que les informations demandées ne sont pas fournies, à savoir 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, celles prises pour traiter les problèmes de santé des populations touchées, et celles prises pour informer le public sur les problèmes environnementaux en général et au niveau local. Il demande que ces informations soient fournies dans le prochain rapport. Le Comité renouvelle donc sa demande et considère que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de l'Espagne est conforme à l'article 11§3 de la Charte de 1961.

Vaccinations et surveillance épidémiologique

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

Le rapport fournit des informations sur les dispositions qui existent pour l'approvisionnement et la distribution des vaccins.

Covid-19

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

Le rapport présente brièvement les efforts entrepris par le Ministère de la Santé pour fournir au public des informations complètes et actualisées concernant la pandémie de la covid-19, notamment en ouvrant une section spécifique sur son site web et en utilisant les médias sociaux.

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 l'Espagne et les commentaires reçus de la Confédération syndicale de Comisiones Obreras (CCOO) et de l'Unión general de trabajadores de España (UGT) ainsi que de la Confederación Intersindical Galega.

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

. Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la couverture individuelle des risques de sécurité sociale était suffisante. Il demande que le prochain rapport contienne des informations sur le champ d'application personnel des prestations servies en remplacement des revenus (chômage, maladie, invalidité), exprimé en pourcentage de la population active bénéficiant d'une couverture individuelle.

Caractère adéquat des prestations

D'après Eurostat, le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu équivalent médian, s'élevait à 626 € par mois. 40 % du revenu équivalent médian correspondait à 501 € par mois.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2017) le Comité a considéré que le montant minimum des prestations de chômage était insuffisant, étant donné qu'il était inférieur à 40 % du revenu équivalent médian. Le Comité relève dans le Système d'information mutuelle sur la protection sociale (MISSOC) que le montant des prestations de chômage est calculé en fonction du montant national de référence pour les prestations sociales (*Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples, IPREM*) établi chaque année par la loi. Les prestations ne dépendent pas des revenus. Leur montant ne varie pas en fonction de la cause du chômage et ne diminue pas au fil du temps. Le Comité prend note des différents types de prestations :

- indemnité : 80 % de l'IPREM ;
- revenu actif d'insertion (*Renta Activa de Inserción, RAI*) : 80 % de l'IPREM en vigueur ;
- programme de requalification professionnelle (*Programa de recualificación profesional*) : 75 % de l'IPREM en vigueur (85 % avec 3 personnes à charge) ;
- programme d'activation pour l'emploi (*Programa de activación para el empleo*) : 80 % de l'IPREM en vigueur.

D'après la base MISSOC, en 2019, l'IPREM s'élevait à 17,93 € par jour, soit 537,84 € par mois ou encore 6 454,03 € par an. Le Comité note que le montant de l'IPREM à lui seul est inférieur à 50 % du revenu équivalent médian. Par conséquent, les prestations calculées sur cette base sont inférieures à 40 % du revenu équivalent médian et donc insuffisantes.

Le Comité note, d'après les commentaires de la Confédération syndicale de Commissions Obreras (CCOO) et de l'Unión general de trabajadores de España (UGT), que les employés domestiques sont exclus de la protection contre le chômage, ce qui est indirectement discriminatoire puisque ce groupe d'employés est majoritairement féminin. Le Comité note également, d'après les commentaires de la Confederación Intersindical Galega, que l'Espagne exige des travailleurs à temps partiel, principalement des femmes, par rapport aux travailleurs à temps plein, une période de cotisation proportionnellement plus longue pour accéder, le cas échéant, à une pension de retraite contributive.

En ce qui concerne le niveau des prestations, CCOO et UGT mentionnent également l'exclusion des travailleurs de moins de 45 ans sans droit à une prestation contributive de la protection de l'assistance chômage. En ce qui concerne le niveau des allocations de chômage, la CCOO et l'UGT déclarent que les montants généraux de l'assistance chômage sont insuffisants, de même que le montant des allocations dues à la perte d'un emploi à

temps partiel. Le Comité demande que le prochain rapport réponde aux points soulevés dans ces commentaires.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a observé que la prestation pour incapacité temporaire ou maladie n'étaient pas liées à l'IPREM, mais qu'elles correspondaient à 60 % (du 4^e au 20^e jour de congé maladie) ou 75 % (à partir du 21^e jour) de l'assiette de calcul, à savoir le salaire minimum. Le Comité a donc noté que le montant minimum des prestations de maladie se situait entre 40 % et 50 % du revenu équivalent médian, si calculé sur la base du salaire minimum. Par conséquent, il a demandé si des prestations complémentaires étaient versées à une personne percevant le montant minimum des prestations de maladie.

Le Comité note que concernant le caractère adéquat des prestations d'incapacité temporaire de travail (ITT), de nombreux employeurs complètent le montant minimum, conformément aux conventions collectives, pour couvrir 100 % du salaire. D'après le rapport, les prestations d'incapacité temporaire sont versées tant que le travailleur n'est pas en capacité de travailler et bénéficie de soins de santé pris en charge par la sécurité sociale. Dans le cas d'un accident ou d'une maladie, quelle qu'en soit la cause, elles s'étendent sur une durée de 365 jours qui peut être prolongée de 180 jours s'il est considéré que le travailleur sera en mesure de reprendre le travail après son rétablissement.

Selon le rapport, en 2019, la durée moyenne de versement des prestations pour une maladie commune ou un accident d'origine non professionnelle était de 38,5 jours (37,8 jours en 2015), tandis que la durée moyenne de versement des prestations pour un accident au travail ou une maladie professionnelle était de 39,35 jours (36,02 en 2015). Le rapport indique que la situation que le Comité a prise en exemple dans sa conclusion précédente (prestations de maladie calculées sur la base de 60 % du salaire minimum) constitue un cas très rare. En moyenne, le patient percevra 75 % de son salaire, soit un montant supérieur au seuil de pauvreté.

Le Comité relève que le salaire minimum en Espagne s'élevait à 1050 € en 2019. Par conséquent, le montant minimum des prestations de maladie, calculé sur la base de 60 % du salaire minimum, est adéquat.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Espagne n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte de 1961 au motif que le montant minimum des prestations 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 l'Espagne.

Le Comité rappelle que l'Espagne a ratifié le Code européen de sécurité sociale le 8 mars 1994, et en a accepté les parties II-VI, VIII et IX.

Le Comité relève dans la Résolution CM/ResCSS(2020)17 du Comité des Ministres sur l'application du Code européen de sécurité sociale par l'Espagne (période du 1^{er} juillet 2018 au 30 juin 2019) que la législation et la pratique de l'Espagne continuent à donner pleinement effet à toutes les parties du Code qui ont été acceptées, sous réserve de la révision des conditions relatives à l'indemnité accordée sous forme de capital versé en une seule fois, pour incapacité partielle permanente, conformément à la partie VI. Dès lors, l'Espagne maintient un régime de sécurité sociale qui satisfait aux normes de la Convention n° 102 de l'OIT.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Espagne 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 l'Espagne.

Le Comité rappelle qu'il a été demandé aux Etats de répondre à deux questions ciblées pour l'article 12§3 de la Charte ainsi que, le cas échéant, aux conclusions précédentes de non-conformité ou d'ajournement (voir l'annexe à la lettre du 3 juin 2020 par laquelle le Comité a demandé un rapport sur la mise en œuvre de la Charte s'agissant des dispositions du groupe thématique « Santé, sécurité sociale et protection sociale »).

Dans sa conclusion précédente, le Comité avait estimé que la situation de l'Espagne était conforme à l'article 12§3 de la Charte de 1961 (Conclusions XXI-2 (2017)). Il limitera donc son examen aux réponses données par le Gouvernement aux deux questions ciblées, à savoir :

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

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

Travailleurs des plateformes numériques

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

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

Le Comité note que dans son rapport, le Gouvernement a fait état des évolutions du cadre juridique de la sécurité sociale durant la période de référence. En particulier, plusieurs lois, décrets-lois royaux, décrets royaux et arrêtés ministériels ont été adoptés et ont apporté des modifications, entre autres, aux cotisations de sécurité sociale, de chômage et de protection pour cessation d'activité, aux pensions de sécurité sociale et à d'autres prestations sociales publiques, au régime spécial de sécurité sociale des travailleurs non-saliés ou indépendants ainsi qu'à l'Inspection du travail et de la sécurité sociale. Certains de ces textes ont introduit des mesures d'urgence, concernant par exemple la protection sociale et la lutte contre la précarité du travail ainsi que la Garantie pour la jeunesse. Le

Gouvernement a en outre communiqué des tableaux détaillant les montants minimums des pensions contributives (retraite, incapacité permanente, réversion, etc.).

Toutefois, le Gouvernement n'a donné aucune information sur la couverture sociale des travailleurs des plateformes numériques. Par conséquent, le Comité réitère sa question. Il demande que le prochain rapport contienne des informations sur le nombre de travailleurs des plateformes numériques/leur proportion (pourcentage) par rapport au nombre total de travailleurs, leur statut (salariés, indépendants et/ou autre catégorie), le nombre/pourcentage de ces travailleurs par statut ainsi que la couverture sociale dont ils bénéficient (par statut). Dans l'intervalle, le Comité réserve sa position sur ce point.

Covid-19

En réponse à la seconde question, le Gouvernement mentionne les mesures qui ont été décidées durant le premier semestre 2020 pour atténuer l'impact négatif de la pandémie. Ces mesures incluaient notamment le versement d'allocations pour incapacité de travail temporaire aux travailleurs absents en raison de la covid-19 (décret-loi royal n° 6/2020 du 10 mars 2020), l'exonération de 50 % des cotisations patronales à la sécurité sociale pour les entreprises privées dans les secteurs du tourisme, de l'hôtellerie et du commerce en lien avec le tourisme (décret-loi royal n° 7/2020 du 12 mars 2020), l'octroi d'une allocation pour cessation d'activité aux travailleurs indépendants en cas de forte baisse de leur chiffre d'affaires (décret-loi royal n° 8/2020 du 17 mars 2020), la simplification du traitement des procédures des organismes de sécurité sociale (décret-loi royal n° 13/2020 du 7 avril 2020) et la mise en place d'un revenu minimum vital (décret-loi royal n° 20/2020 du 29 mai 2020).

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 Etats

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Espagne.

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. La législation nationale 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.

En ce qui concerne l'égalité d'accès au système de sécurité sociale, le Comité relève dans le rapport que l'article 14 de la loi organique 4/2000 du 11 janvier 2002 relative aux droits et libertés des étrangers en Espagne et à leur intégration sociale dispose que les résidents étrangers ont droit aux prestations et services de sécurité sociale dans les mêmes conditions que les nationaux. En outre, l'article 7, paragraphe 2, de la loi générale relative à la sécurité sociale (LGSS), approuvée par le décret législatif royal 8/2015 du 30 octobre 2015, prévoit que les étrangers résidant légalement en Espagne sont inclus dans le champ d'application des prestations non contributives, dans les conditions prévues par la loi organique 4/2000 du 11 janvier 2020 relative aux droits et libertés des étrangers en Espagne et à leur intégration sociale et, le cas échéant, par les traités, conventions, accords ou instruments internationaux approuvés, signés ou ratifiés à cette fin.

En ce qui concerne les conditions ouvrant droit aux prestations de sécurité sociale, le Comité a considéré dans sa précédente conclusion (Conclusions XXI-2) que la situation n'était pas conforme à la Charte au motif que la condition de durée de résidence de dix ans imposée aux ressortissants d'États parties qui ne sont pas membres de l'UE ni de l'EEE pour bénéficier d'une pension non contributive était excessive.

Le Comité relève à cet égard dans le rapport que, dans le système de sécurité sociale en vigueur, aux fins des pensions non contributives, il est certain que la durée de résidence requise pour en bénéficier est excessive, quelle que soit la nationalité de la personne concernée, qu'elle soit espagnole ou étrangère. Pour avoir droit à ces prestations, il faut justifier d'une période de résidence légale sur le territoire espagnol de dix ans compris entre l'âge de seize ans et l'âge d'admission à pension de vieillesse, dont deux années doivent être consécutives et immédiatement précéder la demande des prestations en question. Ces conditions ont été établies dès que la loi 26/1990 du 20 décembre 1990 a appliqué un régime de prestations non contributives dans le domaine de la sécurité sociale. Selon le rapport, lors de l'élaboration de cette loi, il a été tenu compte des critères prévus par la Convention européenne de sécurité sociale du 14 décembre 1972, ratifiée par l'Espagne en 1986. L'article 8, paragraphe 2 de cette convention dispose que le bénéfice des prestations à caractère non contributif dont le montant est indépendant de la durée des périodes de

résidence accomplies peut être subordonné à la condition que l'intéressé ait résidé sur le territoire de la Partie contractante en cause ou, s'il s'agit de pensions de réversion (versées au conjoint survivant), que le défunt y ait résidé pendant une durée qui ne peut, selon le cas, être fixée à plus de dix ans compris entre l'âge de 16 ans et l'âge du départ à la retraite, dont il peut être requis que cinq années précèdent immédiatement le dépôt de la demande de pension de vieillesse.

Le Comité considère que la situation qu'il a précédemment jugée non conforme à la Charte n'a pas changé. La législation impose une condition de résidence excessive pour bénéficier de la pension non contributive.

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. Au regard 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. Au regard de l'article 16, les États parties sont tenus d'assurer la protection économique de la famille par des moyens appropriés. Le principal moyen devrait consister en des 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'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. Le Comité 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, le Comité 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 note à cet égard que l'allocation pour enfants à charge est versée pour tous les enfants résidant en Espagne. Par conséquent, la situation est conforme sur ce point.

Droit à la conservation des avantages acquis

Le Comité rappelle que les prestations de vieillesse ou d'invalidité ou les pensions de réversion et les rentes d'accidents du travail ou de maladie professionnelle acquises au titre de la législation d'un État et aux conditions d'octroi fixées par cette législation devraient être maintenues (exportées) même si l'intéressé s'installe dans un autre État. Le Comité demande quelle base juridique garantit l'exportabilité des prestations de vieillesse ou d'invalidité et des pensions de réversion, ainsi que la coordination internationale en matière de sécurité sociale avec les États n'appartenant pas à l'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 au regard de la législation de cet État pour avoir droit à certaines prestations et en déterminer le montant ne doit pas être à l'origine de préjudices. L'application du droit au maintien des droits en cours d'acquisition requiert, au besoin, l'addition des périodes d'emploi ou d'assurance effectuées sur le territoire d'un autre État partie, en vue de permettre l'ouverture des droits à prestations ainsi que le calcul et le versement de celles-ci. S'agissant des prestations de longue durée, le principe de 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. Les États qui ont ratifié la Convention européenne de sécurité sociale sont présumés avoir fait suffisamment d'efforts pour assurer le maintien de ces droits.

Le Comité note que l'Espagne a ratifié la Convention européenne de sécurité sociale. Le Comité demande comment le maintien des droits en cours d'acquisition et le cumul des périodes d'assurance ou d'emploi sont garantis aux ressortissants des États parties avec lesquels des accords bilatéraux n'ont pas été conclus.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Espagne n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte de 1961 au motif que la condition de durée de résidence (dix ans) à laquelle est subordonnée l'octroi d'une pension de vieillesse non contributive est excessive.

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Espagne. Il prend également note des informations figurant dans les commentaires de la Confédération intersyndicale de Galice, des syndicats CCOO et UGT, de l'ONG « *Movimiento ATD Cuarto Mundo España* » ainsi que d'Amnistie Internationale.

Le Comité note qu'aux fins du présent rapport, il a été demandé aux États de répondre aux questions ciblées posées au titre de cette disposition (questions figurant dans l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, dans laquelle le Comité a demandé un rapport sur l'application des dispositions de la Charte de 1961 relevant du groupe thématique « Santé, sécurité sociale et protection sociale »), ainsi qu'aux précédents constats de non-conformité et aux décisions d'ajournement.

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

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

La conclusion précédente avait considéré que la situation de l'Espagne n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte de 1961 aux motifs que : l'octroi du revenu minimum est subordonné à une condition de durée de résidence dans la majorité des Communautés autonomes ; l'octroi du revenu minimum est subordonné à des critères d'âge (25 ans) ; le revenu minimum n'est pas versé aussi longtemps que de besoin ; le niveau de l'assistance sociale versée à une personne seule sans ressources n'est pas suffisant.

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

Le rapport fait état du fait que la situation en Espagne a radicalement changé depuis la création du revenu minimum vital (RMV), par suite de l'entrée en vigueur du décret-loi royal 20/2020 du 29 mai 2020, qui établit le revenu minimum vital. Le rapport considère que ce changement met Espagne en pleine conformité avec la Charte, car, à compter de la publication de cette norme, toutes les familles ayant des enfants en situation de vulnérabilité ont droit à une prestation qui complète leurs revenus dans les limites indiquées ci-après, indépendamment du fait que les communautés autonomes puissent ou non créer des prestations supplémentaires. Le Comité prend compte de cette information, mais constate qu'elle se trouve en dehors de la période de référence. Le Mouvement *Cuarto Mundo* et la Confédération intersyndicale de Galice font des commentaires très détaillés sur la nouvelle réglementation et le RMV, qui seront tenus en compte lors de l'évaluation de cette situation pendant le prochain cycle.

Le rapport fait également référence à l'entrée en vigueur le 31 juillet 2018 du décret-loi royal 7/2018 du 27 juillet 2018 relatif à l'accès universel au système national de santé, modifiant la loi 16/2003 du 28 mai 2003 relative à la cohésion et à la qualité du système national de santé, l'universalité des soins de santé en Espagne est garantie par le rétablissement du droit à la protection et aux soins de santé pour toutes les personnes, quelle que soit leur nationalité, ayant établi leur résidence sur le territoire espagnol. Le nouveau cadre réglementaire établit comme titulaire du droit à la protection de la santé et aux soins de santé toutes les personnes de nationalité espagnole et les ressortissants étrangers ayant établi leur résidence sur le territoire espagnol, ainsi que les personnes ayant droit aux soins

de santé conformément aux règlements communautaires coordonnant les systèmes de sécurité sociale ou aux conventions bilatérales incluant les soins de santé. Elle dispose également que les étrangers qui ne sont pas enregistrés ou autorisés à résider en Espagne ont droit à la protection de la santé et aux soins de santé dans les mêmes conditions que les personnes de nationalité espagnole, à charge des fonds publics, à condition que les personnes n'aient pas de tiers tenu de payer.

Cuarto Mundo se réfère dans son rapport au fait qu'il y a des délais importants dans l'accès à l'assistance sociale et aux aides reconnus par la législation, surtout dans les années 2015 au 2018. Citant l'Ombudsman, il est mis en exergue aussi l'application inégale des prestations partout dans le territoire espagnol, car cela dépend des communautés autonomes dans la pratique et donne lieu à une manque d'uniformité de facto.

Le rapport ne fournit aucune information sur les conditions d'octroi du revenu minimum, notamment la condition de durée de résidence et d'âge, ainsi que sur la durée pendant laquelle le revenu est accordé. Le Comité considère que la situation qu'il a précédemment jugée contraire à la Charte n'a pas changé pendant la période de référence et renouvelle donc son constat de non-conformité sur ces points.

Niveau des prestations

Le Comité tient compte, dans son appréciation de la situation pour la période de référence, des éléments suivants :

- prestations de base : le Comité note que le revenu minimum d'intégration pendant la période de référence est du seul ressort des Communautés autonomes. Comme constaté précédemment, les conditions à remplir (durée minimum de résidence ou âge minimum, par exemple), la durée d'octroi de la prestation ou son montant peuvent varier d'une Communauté autonome à l'autre. Cependant, toutes ont en commun de s'adresser aux personnes et aux familles qui n'ont pas de ressources financières suffisantes pour faire face à leurs besoins fondamentaux et surmonter leurs difficultés matérielles. Le ministère de la Santé compile chaque année les principales données liées au revenu minimum d'intégration sous la forme de rapports. Le Comité note qu'en 2019 le montant du revenu minimum allait de 400 € à 900 €.
- Prestations complémentaires : le Comité relève que le rapport ne répond pas à sa question concernant les prestations complémentaires régulières ouvertes à toutes les personnes démunies, en plus du revenu minimum garanti. Le Comité réitère sa question.
- Seuil de pauvreté (fixé à 50 % du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté établi par Eurostat) : il était estimé à 626 € en 2019.

Le Comité a précédemment conclu que la situation n'était pas conforme à la Charte au motif que le niveau de l'assistance sociale pour les personnes seules était manifestement insuffisant dans quelques communautés (selon les informations du Ministère, certaines communautés seraient des exceptions, comme le Pays basque, Aragon, Madrid ou Valencia). En effet, le revenu minimum garanti est inférieur à 50 % du revenu médian ajusté d'Eurostat et qu'il est par conséquent insuffisant.

Droit de recours et assistance judiciaire

Le Comité n'a pas posé de question ciblée à cet égard. Il avait rappelé que le droit à l'assistance ne peut relever de la seule discrétion de l'Administration, mais qu'il doit constituer un droit individuel établi par la loi et être assorti d'un droit de recours effectif. Il avait demandé dans sa conclusion précédente des informations à jour sur le droit de recours et l'assistance judiciaire.

Cuarto Mundo fait référence aux problèmes liés au fait que, pendant le recours devant els organes administratifs et judiciaires pertinents, l'aide est suspendue, ce qui peut créer des

risques accrus de pauvreté et expulsion sociale pour des familles dans de situation déjà précaire. Ils font également état des problèmes de notification des décisions, ce qui empêcherait aux requérants de préparer des appels. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations détaillées sur les recours dans le cadre de l'assistance sociale, les délais et l'accès aux tribunaux.

Champ d'application personnel

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

Ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire

Le Comité rappelle que toute personne en situation irrégulière doit avoir le droit légalement reconnu à la satisfaction de ses besoins matériels élémentaires (nourriture, vêtements, logement) dans les situations d'urgence afin de leur permettre de faire face à un état de besoin urgent et grave. Un mécanisme de recours indépendant et judiciaire qui fonctionne est en outre une condition essentielle à la bonne administration d'un système d'attribution d'hébergement. De même, il appartient aux Gouvernements d'assurer que l'effectivité de ce droit est réalisée en pratique (*Fédération européenne des Associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) c. Pays Bas*, réclamation n° 86/2012, décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014).

Dans sa conclusion précédente, le Comité avait demandé des informations à jour sur l'assistance sociale d'urgence dont peuvent bénéficier les ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire. Le rapport cite l'article 14 de la loi organique 4/2000, du 11 janvier 2000, sur les droits et les libertés des étrangers en Espagne et leur intégration sociale, prévoit que les étrangers, quelle que soit leur situation administrative, ont droit aux services et aux prestations sociales de base. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations à jour à ce sujet et notamment, ce qui est considéré prestation sociale de base, l'accès à des soins d'urgence et si les prestations sont harmonisées dans les Communautés autonomes.

Dans l'attente des informations demandées, le Comité considère que la situation de l'Espagne est conforme à l'article 13§1 en ce qui concerne le champ d'application personnel.

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

Le rapport fait état que, conformément à la loi générale de santé publique 33/2011 du 4 octobre 2011, les services de santé publique du Système national de santé comprennent des actions de prévention, d'assistance, de surveillance et de contrôle visant à préserver la santé publique de toute la population, indépendamment de son accès au système de santé, ainsi qu'à éviter les risques liés aux situations d'alerte et d'urgence sanitaire. En ce sens, le document intitulé « Intervention sanitaire dans les situations de risque pour la santé publique », approuvé par toutes les communautés autonomes au sein du Conseil interterritorial du système national de santé (décembre 2013), vise à encadrer les situations qui doivent être traitées dans l'intérêt de la santé publique, parmi lesquelles figure la suspicion de maladie infectieuse faisant l'objet d'une surveillance épidémiologique, d'un contrôle et/ou d'une élimination à l'échelle internationale. Aucune information spécifique est transmise concernant les mesures prises dans le cadre de la covid-19. Le Comité demande que le prochain rapport fasse état de ces mesures pour garantir, pendant la pandémie, l'accès à l'assistance sociale et médicale.

Conclusion

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

- l'octroi du revenu minimum est subordonné à une condition de durée de résidence dans la majorité des Communautés autonomes ;
- l'octroi du revenu minimum est subordonné à des critères d'âge (25 ans) ;
- le revenu minimum n'est pas versé aussi longtemps que de besoin ;
- le niveau de l'assistance sociale versée à une personne seule sans ressources n'est pas suffisant.

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

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

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

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

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

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

Article 14 - Droit au bénéfice des services sociaux

Paragraphe 1 - Encouragement ou organisation des services sociaux

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Espagne. Il prend également note des informations présentées dans les observations de la Confédération syndicale des Commissions ouvrières (CCOO) et de l'Union générale des travailleurs d'Espagne (UGT) et par Amnesty International.

Le Comité rappelle que l'article 14§ 1 garantit le droit au bénéfice des services sociaux généraux. Il note qu'aux fins du présent rapport, il a été demandé aux États de répondre aux questions ciblées posées au titre de cette disposition (questions figurant dans l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, dans laquelle le Comité a demandé un rapport sur l'application des dispositions de la Charte relevant du groupe thématique « Santé, sécurité sociale et protection sociale »), ainsi qu'aux précédents constats de non-conformité et aux décisions d'ajournement.

Par conséquent, il se concentrera sur les réponses du gouvernement aux questions ciblées, à savoir comment et dans quelle mesure les activités des services sociaux ont été maintenues pendant la crise de la covid-19 et si des mesures spécifiques ont été prises dans l'éventualité de futures crises de ce type. Le Comité souhaite signaler qu'il prendra acte des informations fournies en réponse à la question concernant la covid-19 à des fins d'information seulement, car elles concernent des faits survenus en dehors de la période de référence (i.e. après le 31 décembre 2019). En d'autres termes, la réponse ne sera pas évaluée à des fins de conformité avec la Charte dans le cadre du présent cycle d'examen.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2017), le Comité a jugé la situation conforme à la Charte. Le rapport ne fait état d'aucun changement dans l'organisation de la fourniture des services sociaux pendant la période de référence.

En réponse aux questions ciblées, le rapport précise que les services sociaux ont continué de fonctionner pendant l'état d'urgence instauré par le gouvernement le 14 mars 2020 en vertu du décret royal n° 463/2020 relatif à la gestion de la crise sanitaire causée par la covid-19. Compte tenu de l'impossibilité de fournir des services en présentiel, d'autres solutions ont été recherchées (télématique, téléphone, etc.) pour assurer la couverture des besoins essentiels. Le rapport dresse la liste des mesures prises pour élargir le pilier social qui protège les groupes sociaux les plus vulnérables. Il décrit également les aides financières octroyées par le ministère des Droits sociaux. Dans le cadre du système public des services sociaux et dans le contexte de la crise provoquée par la covid-19, le secrétaire d'État aux droits sociaux a formulé des recommandations de mesures de coordination et de gestion qu'il a adressées à tous les départements des services sociaux des communautés autonomes pour qu'ils les fassent parvenir à l'ensemble des services sociaux de soins primaires. De plus, des mesures sociales, économiques et sanitaires ont été prises pour assurer la prise en charge des personnes et des familles vulnérables, telles que, notamment, le revenu minimum garanti, les aides et les soutiens au logement habituel, l'interruption des expulsions, le soutien aux propriétaires et aux locataires, l'assurance des approvisionnements, le soutien à l'emploi, le soutien aux travailleurs indépendants et le soutien aux travailleurs ayant perdu ou interrompu leur emploi.

Le Comité prend note des observations communiquées par la CCOO et l'UGT selon lesquelles la pandémie de covid-19 a exercé une forte pression sur le système de services sociaux et son éventail de prestations et de services, qui sont considérés comme des services essentiels.

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 l'Espagne est conforme à l'article 14§1 de la Charte de 1961.

Article 14 - Droit au bénéfice des services sociaux

Paragraphe 2 - Participation du public à la création et au maintien des services sociaux

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Espagne. Il prend également note des informations présentées dans les observations de la Confédération syndicale des Commissions ouvrières (CCOO) et de l'Union générale des travailleurs d'Espagne (UGT), enregistrées le 9 juillet 2021.

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

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

Dans sa conclusion précédente (Conclusions XXI-(2017)), le Comité a jugé la situation conforme à la Charte. Le rapport précise que la participation, la coordination et la gestion de toutes les personnes directement ou indirectement impliquées dans le système public des services sociaux sont assurées par diverses voies. Les services sociaux municipaux sont les principaux partenaires au niveau local et sont représentés au sein de la Commission déléguée des services sociaux du Conseil territorial des services sociaux et du système pour l'autonomie et la prise en charge de la dépendance (organe de dialogue entre le gouvernement et les communautés autonomes). En outre, le ministère des Droits sociaux a conclu en 2020 un accord de collaboration afin d'encourager la participation et l'échange de données et d'expériences entre l'Administration générale de l'État et les services sociaux de soins primaires. Par cet accord, le Groupe consultatif sur les services sociaux de soins primaires a été créé avec diverses municipalités représentatives, dans le but d'échanger des informations et de faciliter la participation des collectivités locales. Enfin, le gouvernement a l'intention d'améliorer la réglementation dans le domaine des services sociaux. À cette fin, un projet sera présenté en vue d'analyser les éléments que devraient comporter une future loi nationale sur les services sociaux et un système intégral d'information sur ces services. Le Comité note que certaines de ces mesures se situent en dehors de la période de référence et qu'il les évaluera lors du prochain cycle de contrôle. Le Comité demande à être informé de tout fait nouveau en la matière. Il demande également si d'autres mesures concrètes, y compris budgétaires, ont été adoptées ou sont envisagées pour faciliter et encourager la participation des usagers.

Conclusion

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

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

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Espagne.

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Espagne ainsi que des observations soumises par Amnesty International le 1 juillet 2021 et les observations soumises par le Gouvernement le 3 septembre 2012.

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

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

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

La précédente conclusion a été ajournée (Conclusions XXI-2, 2017).

Autonomie, inclusion et citoyenneté active

Cadre législatif

Le Comité rappelle que l'article 4 du Protocole additionnel exige des Parties qu'elles s'engagent à prendre ou à promouvoir, soit directement soit en coopération avec les organisations publiques ou privées, des mesures appropriées tendant notamment à permettre aux personnes âgées de demeurer le plus longtemps possible des membres à part entière de la société. L'expression « membres à part entière de la société » utilisée à l'article 4 du Protocole additionnel signifie que les personnes âgées ne doivent souffrir d'aucune mise à l'écart de la société du fait de leur âge. Il faut reconnaître à toute personne, active ou retraitée, vivant en institution ou non, le droit de participer aux divers domaines d'activité de la société.

Le Comité tient dûment compte des définitions contemporaines de l'âgisme qui renvoient aux stéréotypes, préjugés et discriminations envers autrui ou soi-même fondés sur l'âge (voir par exemple le rapport de l'OMS sur l'âgisme, 2021, p. XIX). Comme l'a fait remarquer l'Organisation mondiale de la santé, l'âgisme a des conséquences graves et profondes sur la santé, le bien-être et les droits humains (OMS, 2021, p. XVI).

La crise de la covid-19 a mis en évidence des exemples de manque d'égalité de traitement des personnes âgées, comme dans le domaine des soins médicaux, où le rationnement de ressources rares (par exemple, les respirateurs) a parfois été basé sur des perceptions stéréotypées de la vulnérabilité et du déclin de la vieillesse.

L'égalité de traitement appelle une approche fondée sur la reconnaissance égale de la valeur de la vie des personnes âgées dans tous les domaines couverts par la Charte.

L'article 4 du Protocole additionnel exige l'existence d'un cadre juridique adéquat pour lutter contre la discrimination fondée sur l'âge dans une série de domaines au-delà de l'emploi, notamment dans l'accès aux biens, structures et services. La discrimination à l'encontre des

personnes âgées en termes de jouissance des droits sociaux est également contraire à l'article 4 du Protocole additionnel en conjonction avec le préambule.

La Charte met globalement l'accent sur le recours aux droits sociaux pour renforcer l'autonomie individuelle et le respect de la dignité des personnes âgées et de leur droit à s'épanouir dans la société. Il faut pour cela s'engager à identifier et à éliminer les attitudes âgistes et les lois, politiques et autres mesures qui illustrent ou renforcent l'âgisme. Le Comité estime que les États parties, outre l'adoption d'une législation globale interdisant la discrimination fondée sur l'âge, doivent prendre un large éventail de mesures pour combattre l'âgisme dans la société. Ces mesures devraient comprendre la révision (et, le cas échéant, la modification) de la législation et des politiques en matière de discrimination fondée sur l'âge, l'adoption des plans d'actions visant à assurer l'égalité des personnes âgées, la promotion d'attitudes positives à l'égard du vieillissement par le biais d'activités telles que des campagnes de sensibilisation à l'échelle de la société et la promotion de la solidarité intergénérationnelle.

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

S'agissant de la lutte contre les discriminations fondées sur l'âge, le Comité a précédemment observé que l'âge ne faisait pas partie des motifs de discrimination expressément proscrits par l'article 14 de la Constitution espagnole. Il a cependant noté que le libellé de l'article 14 de la Constitution est rédigé de telle manière qu'il peut inclure d'autres motifs que ceux expressément mentionnés, et notamment les discriminations fondées sur l'âge. Le Comité a dès lors souhaité savoir s'il existe une jurisprudence en matière de discrimination fondée sur l'âge en dehors de l'emploi qui protégerait les personnes âgées contre de telles discriminations. Il a également noté que la Constitution reconnaît une compétence aux Communautés Autonomes en matière sociale et a demandé, à cet égard, si celles-ci ont adopté des dispositions législatives ou mesures administratives en matière de lutte contre les discriminations fondées sur l'âge (Conclusions XXI-2, 2017).

Le rapport ne fournit aucune information sur ce point. Le Comité réitère sa demande et souligne que, dans l'hypothèse où les informations pertinentes ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte sur ce point.

S'agissant de l'assistance à la prise de décision des personnes âgées, le Comité a demandé que le prochain rapport fournisse des informations sur les changements apportés au système de tutelle et, en particulier, s'ils visent l'assistance à la prise de décision (Conclusions XXI-2 2017).

Le rapport ne contenant aucune information à ce sujet, le Comité renouvelle sa demande d'informations.

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

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

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

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

Prévention de la maltraitance des personnes âgées

Le Comité demande que des informations à jour figurent dans le prochain rapport sur les mesures prises pour lutter contre la maltraitance des personnes âgées, comme les mesures de sensibilisation à la nécessité de mettre fin à la maltraitance et à la négligence des personnes âgées (en dehors du contexte des soins en institution), ou toute mesure législative ou autre. Il demande également si des données ont été recueillies indiquant la prévalence de la maltraitance des personnes âgées.

Vie indépendante et soins de longue durée

Le Comité demande si des mesures ont été prises pour abandonner l'institutionnalisation des personnes âgées et adopter un modèle de soins et de prise en charge de longue durée au sein de la collectivité. Le Comité rappelle que l'article 4 du Protocol additionnel dispose que des mesures doivent être prises pour permettre aux personnes âgées de mener une vie indépendante dans leur environnement familial. Le Comité estime que les personnes âgées nécessitant des soins de longue durée doivent pouvoir choisir leur milieu de vie. En particulier, cela exige des États qu'ils prennent des dispositions adéquates en faveur d'une vie autonome, notamment la mise à disposition de logements adaptés à leurs besoins et à leur état de santé, ainsi que les ressources et les aides nécessaires pour rendre cette vie la plus indépendante possible.

L'institutionnalisation est une forme de mise à l'écart, qui entraîne souvent une perte d'autonomie, de choix et d'indépendance. La pandémie de covid-19 a mis en lumière les lacunes des soins en institution. Le Comité renvoie à cet égard à sa Déclaration sur la covid-19 et les droits sociaux (adoptée en mars 2021), dans laquelle il déclare qu'il est devenu encore plus important de permettre aux personnes âgées de rester dans leur environnement familial, comme l'exige l'article 4 du Protocol additionnel, compte tenu du risque accru de contagion dans les lieux de rassemblement que sont les maisons de retraite et autres établissements institutionnels et de séjour de longue durée. Il renvoie également à l'argument fondé sur les droits de l'homme en faveur d'un investissement dans la collectivité pour donner une réalité au droit à la vie en société, auquel s'ajoute désormais un argument de santé publique en faveur de l'éloignement des institutions résidentielles comme réponse aux besoins de soins à long terme.

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

Services et structures

Le Comité a précédemment demandé que davantage d'informations lui soient communiquées concernant la procédure de réclamation à l'encontre des services dispensés aux personnes âgées (Conclusions XXI-1, 2017). Le rapport ne contenant aucune information à ce sujet, le Comité renouvelle sa demande d'informations.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur l'éventail de services et structures mis à la disposition des personnes âgées, notamment les soins de longue durée, en particulier ceux qui leur permettent de demeurer des membres actifs au sein de leur collectivité et de rester chez elles. Il demande en outre des informations sur le coût de ces services et souhaite savoir s'il existe une offre suffisante de services de prise en

charge, incluant les soins de longue durée, et des listes d'attente pour accéder à ces services.

Le Comité demande quel soutien est mis à la disposition des aidants informels.

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

Logement

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

Soins de santé

Le Comité a précédemment demandé à combien s'élève la participation des patients âgés aux frais pharmaceutiques, s'il existe des principes directeurs en matière de soins de santé pour les personnes âgées, des programmes de santé mentale pour les personnes atteintes de démence et autres maladies connexes, des services de soins palliatifs pour personnes âgées ainsi que des formations spéciales pour celles et ceux qui s'occupent de personnes âgées. Il a souligné qu'à défaut d'informations dans le prochain rapport, rien ne permettrait d'établir que la situation soit conforme à l'article 4 du Protocole additionnel à la Charte de 1961 sur ce point (Conclusions XXI-2, 2017).

Le Comité note que le rapport ne contient aucune information sur ces aspects. Il conclut par conséquent qu'il n'est pas établi qu'il existe des programmes de soins de santé suffisants et abordables, accessibles aux personnes âgées.

Le Comité note des informations fournies par le Gouvernement en réponse aux observations formulées par Amnesty International selon lesquelles, dans le cadre de la Stratégie de promotion et de prévention de la santé (EPSP), une feuille de route pour lutter contre la fragilité chez les personnes âgées a été adoptée. Dans ce contexte, une recommandation visant à remédier à la fragilité dans une situation de crise sanitaire générée par la covid-19 a été adoptée.

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

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

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

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

Soins en institution

Le Comité a précédemment relevé que l'offre de prise en charge en institution présentait des disparités régionales et demandé quelles ont été les mesures prises ou envisagées pour remédier à cette situation (Conclusions XXI-2, 2017). Le rapport ne contient aucune information sur ce point. Il indique simplement que la mission de régir et de gérer les établissements résidentiels incombe aux Communautés Autonomes.

Le Comité renouvelle sa demande d'informations.

Le Comité rappelle que la Charte met globalement l'accent sur le recours aux droits sociaux pour soutenir l'autonomie personnelle et respecter la dignité des personnes âgées d'où la nécessité urgente de réinvestir dans les aides au sein de la collectivité comme alternative aux institutions. Si, pendant la période de transition, l'institutionnalisation est inévitable, l'article 4 du Protocole additionnel, exige que les conditions de vie et la prise en charge soient appropriées et que les droits fondamentaux suivants soient respectés : le droit à l'autonomie, le droit à la vie privée, le droit à la dignité personnelle, le droit de prendre part à la détermination des conditions de vie dans l'établissement concerné, la protection de la propriété, le droit de maintenir des contacts personnels (y compris grâce à un accès à internet) avec les proches et le droit de se plaindre des soins et traitements dispensés en institution. Cela s'applique également dans le contexte de la covid-19.

En raison des risques et des besoins spécifiques liés à la covid-19 dans les maisons de retraite, les États parties doivent de toute urgence leur allouer des moyens financiers supplémentaires suffisants, se procurer et fournir les équipements de protection individuelle nécessaires et veiller à ce que les maisons de retraite disposent d'un personnel qualifié supplémentaire en nombre suffisant, qu'il s'agisse de travailleurs sociaux et de personnel de santé qualifiés ou d'autres personnels, afin de pouvoir faire face de manière adéquate à la covid-19 et de veiller à ce que les droits susmentionnés des personnes âgées dans les maisons de retraite soient pleinement respectés.

Ressources suffisantes

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

Le Comité a précédemment demandé que le prochain rapport contienne des données complètes et actualisées concernant le niveau de la pension non contributive et autres prestations et/ou allocations auxquelles peuvent avoir droit les titulaires de cette pension (Conclusions XXI-2, 2017).

Le rapport indique qu'en 2019, le montant de la pension non contributive s'élevait à €5 488 par an pour une personne célibataire (environ €457,33 par mois).Le rapport de fournit pas

d'informations sur les autres allocations ou suppléments auxquels peuvent avoir droit les titulaires de cette pension. Le rapport indique que la question des suppléments et allocations complémentaires est régie par les Communautés Autonomes et par les services provinciaux de l'IMSERSO.

Selon Eurostat, en 2019, le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu équivalent médian, s'établissait à €626 par mois et, fixé à 40 % de ce même revenu, à €501 par mois. Le Comité note que le montant de la pension non contributive est inférieur à 40 % du revenu équivalent médian. Il conclut que la situation n'est pas conforme à la Charte au motif que le montant de la pension non contributive est manifestement insuffisant.

Covid -19

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

D'après le rapport, le Décret royal du 14 mars 2020 a déclaré l'état d'urgence pour faire face à la pandémie de covid-19 et a instauré un certain nombre de mesures exceptionnelles qui ont modifié le fonctionnement des services sociaux.

En particulier, le gouvernement central a endossé certaines compétences pour décider des mesures à prendre pour lutter contre la covid-19, notamment en ce qui concerne les mesures à prendre pour protéger les personnes âgées, en particulier celles résidant en institution. Des ressources supplémentaires (300 millions d'euros) ont été allouées aux Communautés Autonomes afin d'assurer des soins adéquats aux personnes âgées, en particulier pour la fourniture de services à proximité de leur domicile. 100 000 personnes supplémentaires ont bénéficié de services de soins à domicile durant la pandémie.

Des mesures ont été adoptées pour protéger les personnes travaillant dans les établissements résidentiels et les centres pour personnes âgées, isoler les personnes âgées atteintes de la covid-19, et assurer des protocoles de nettoyage. En outre, des mesures ont été prises pour imposer aux Communautés Autonomes de fournir des informations régulières sur la prévalence de la covid-19 dans les établissements résidentiels.

Le ministère de la Santé et l'IMSERSO ont publié de nombreuses recommandations et guides de prévention, dont beaucoup s'adressent spécifiquement aux personnes âgées.

Afin d'améliorer les effectifs de personnel, les conditions de recrutement dans les services sociaux ont été assouplies.

Le rapport fournit également des informations sur le Plan de transition vers une nouvelle normalité, qui est le document d'orientation sur la levée progressive des mesures de confinement.

Le Comité prend note des observations d'Amnesty International selon lesquelles la pandémie de covid-19 a fait peser une pression sans précédent sur le système national de santé espagnol. Selon Amnesty International, cette pression accrue n'a pas été accompagnée de mesures adéquates pour renforcer les soins primaires, et les personnes âgées en ont souffert de manière disproportionnée. Le personnel des établissements de soins ne disposait pas d'EPI adéquats ni de tests PCR. Les résidents des établissements de soins n'ont pas bénéficié de l'assistance médicale adéquate, ont été systématiquement exclus des transferts à l'hôpital et ne n'ont pas reçu l'aide nécessaire dans les établissements de soins.

Le Comité renvoie à la section sur les personnes âgées dans sa Déclaration sur la covid-19 et les droits sociaux (mars 2021) (et aux sections citées ci-dessus). Il rappelle que l'article 4 du Protocole additionnel exige que les personnes âgées et leurs organisations soient consultées à propos des politiques et mesures les concernant directement, notamment sur

les mesures ad hoc prises dans le contexte de la crise actuelle. La planification de la reprise après la pandémie doit tenir compte des points de vue et des besoins spéciaux des personnes âgées et se fonder réellement sur les éléments de preuve collectés et les expériences faites pendant la pandémie.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Espagne n'est pas conforme à l'article 4 du Protocole additionnel à la Charte de 1961 aux motifs que :

- le montant de la pension non contributive est manifestement insuffisant ;
- il n'est pas établi qu'il existe des programmes de soins de santé suffisants et abordables, accessibles aux personnes âgées.

