



mars 2022

CHARTE SOCIALE EUROPEENNE

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions XXII-2 (2021)

ROYAUME-UNI

Ce texte peut subir des retouches de forme.

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

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

Le présent chapitre concerne le Royaume-Uni, qui a ratifié la Charte sociale européenne de 1961 le 11 juillet 1962. L'échéance pour remettre le 40^e rapport était fixée au 31 décembre 2020 et le Royaume-Uni l'a présenté le 9 mars 2021.

Le Comité rappelle qu'il a été demandé au Royaume-Uni 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 la Commission écossaise des droits de l'homme sur le 40^e rapport ont été enregistrés le 30 juin 2021. Les commentaires formulés par le Commissaire écossais à l'enfance et à la jeunesse ont été enregistrés le 14 juillet 2021. La réponse du Gouvernement aux commentaires du Commissaire écossais à l'enfance et à la jeunesse a été enregistrée le 26 août 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).

Le Royaume-Uni a accepté toutes les dispositions de ce groupe, sauf les articles 12§2, 12§3, 12§4 et l'article 4 du Protocole additionnel.

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

Les Conclusions relatives au Royaume-Uni concernent neuf situations et sont les suivantes :

- trois conclusions de conformité : articles 11§1, 11§2 et 14§1 ;
- trois conclusions de non-conformité : articles 3§1, 12§1 et 13§1.

En ce qui concerne les trois autres situations, régies par les articles 3§2, 11§3 et 14§2, le Comité nécessite des informations supplémentaires pour être en mesure d'examiner la situation.

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

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

- droit à des conditions de travail équitables (article 2) ;
- droit à une rémunération équitable (article 4) ;
- droit syndical (article 5) ;
- droit de négociation collective (article 6) ;
- droit à l'information et à la consultation (article 2 du Protocole additionnel) ;
- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travail et du milieu du travail (article 3 du Protocole additionnel).

L'échéance pour soumettre ce rapport était fixée au 31 décembre 2021.

Les Conclusions et les rapports sont disponibles sur www.coe.int/socialcharter.

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

Paragraphe 1 - Règlements de sécurité et d'hygiène

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Royaume-Uni.

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a jugé que la situation du Royaume-Uni n'était pas conforme à l'article 3§1 de la Charte de 1961 au motif que la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail ne couvrait pas l'ensemble des travailleurs indépendants et employés de maison (Conclusions XXI-2 (2017)). Son évaluation portera donc sur les informations fournies par le gouvernement en réponse au constat de non-conformité et à la question ciblée.

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

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

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

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

Selon le rapport, le cadre juridique général reste largement inchangé. La loi de 1974 relative à la santé et à la sécurité au travail est le principal texte législatif régissant la santé et la sécurité en milieu professionnel en Grande-Bretagne. Cette loi fait obligation aux employeurs de garantir la santé, la sécurité et le bien-être au travail de tous leurs salariés. Cette obligation générale est conçue pour veiller à ce que tous les risques sur le lieu de travail soient couverts (y compris les risques nouveaux et émergents). Le rapport indique en outre que le stress, la dépression et l'anxiété sont les causes de mauvaise santé liée au travail les plus fréquemment signalées en Grande-Bretagne. Le rapport indique également qu'en vertu de la loi britannique, les personnes travaillant avec des écrans de visualisation doivent obligatoirement prendre des pauses. La surveillance électronique est strictement réglementée par les dispositions en matière de protection des données et de télécommunications. Dans certains secteurs, les employeurs sont légalement et réglementairement tenus de surveiller le personnel, par exemple pour garantir le respect des normes de bien-être animal dans les abattoirs. Les travaux sur la toxicomanie du Bureau pour la santé et la sécurité se concentrent sur les questions de prévention et de gestion sur le lieu de travail, et notamment les problèmes de toxicomanie qui résultent du travail

entrepris. La base de données sur les effets à long terme des blessures et des commotions dans le monde du sport professionnel est encore en phase d'élaboration, mais les clubs et les organismes gouvernementaux agissent en ce sens.

En ce qui concerne l'Irlande du Nord, la santé et la sécurité au travail relèvent toujours de la loi de 1978 relative à la santé et à la sécurité au travail et certains règlements adoptés à la suite de cette loi prévoient des pauses. Il existe une équipe chargée de la santé sur le lieu de travail dont l'une des priorités est la lutte contre les troubles musculosquelettiques et le stress lié au travail.

S'agissant de l'Île de Man, son cadre réglementaire a fait l'objet d'un examen par l'Inspection de la santé et de la sécurité au travail, laquelle a identifié en 2019 que plusieurs textes législatifs clés seraient révisés et mis à jour, le cas échéant.

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

Le Comité considère que, conformément aux obligations des États parties en vertu de l'article 3§1, afin de protéger la santé physique et mentale des personnes qui pratiquent le télétravail ou le travail à distance et de garantir le droit de tout travailleur à un environnement de travail sûr et sain, il est nécessaire de donner pleinement effet au droit des travailleurs de refuser d'effectuer un travail en dehors de leurs heures normales de travail (à l'exception du travail considéré comme des heures supplémentaires et pleinement reconnu en conséquence) ou pendant leurs vacances ou d'autres formes de congé (parfois appelé « droit à la déconnexion »).

Les États parties doivent s'assurer qu'il existe un droit légal de ne pas être pénalisé ou discriminé pour avoir refusé d'entreprendre un travail en dehors des heures normales de travail. Les États doivent également veiller à ce qu'il existe un droit légal à la protection contre la victimisation pour avoir porté plainte lorsqu'un employeur exige expressément ou implicitement que le travail soit effectué en dehors des heures de travail. Les États parties doivent veiller à ce que les employeurs aient l'obligation de mettre en place des dispositions pour limiter ou décourager le travail non comptabilisé en dehors des heures normales de travail, en particulier pour les catégories de travailleurs qui peuvent se sentir poussés à fournir des performances excessives (par exemple, pendant les périodes d'essai ou pour ceux qui ont des contrats temporaires ou précaires).

Le fait d'être connecté en dehors des heures normales de travail augmente également le risque de surveillance électronique des travailleurs pendant ces périodes, qui est facilitée par des dispositifs techniques et des logiciels. Cela pourrait rendre encore plus floue la frontière entre le travail et la vie privée et pourrait avoir des conséquences sur la santé physique et mentale des travailleurs.

Par conséquent, le Comité considère que les États parties doivent prendre des mesures pour limiter et réglementer le suivi électronique des travailleurs.

Protection contre les substances et agents dangereux

Le Comité a précédemment estimé que la situation était conforme à cet égard, mais a demandé que le rapport suivant fournisse des informations complètes et détaillées sur la législation et la réglementation, et notamment sur toute modification qui y aurait été apportée pendant la période de référence en ce qui concerne précisément les rayonnements ionisants. Il a également 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)).

Le rapport indique qu'en Grande-Bretagne, le règlement de 2017 relatif aux rayonnements ionisants (S.I. 20171075) (IRR17) abroge et remplace le règlement de 1999 relatif aux rayonnements ionisants, transposant les aspects liés à la sécurité des travailleurs contenus dans la directive 2013/59/Euratom du Conseil du 5 décembre 2013 fixant les normes de base relatives à la protection sanitaire contre les dangers résultant de l'exposition aux rayonnements ionisants. L'IRR17 s'applique à un large éventail de lieux de travail où sont utilisés des substances radioactives et des équipements électriques émettant des rayonnements ionisants. Il exige des employeurs qu'ils maintiennent l'exposition aux rayonnements ionisants à un niveau aussi faible que raisonnablement possible. Les expositions ne doivent pas dépasser les limites de dose spécifiées par la Commission internationale de protection radiologique.

En ce qui concerne l'Irlande du Nord, le règlement de 2017 relatif aux rayonnements ionisants (Irlande du Nord) fait obligation aux employeurs de protéger les travailleurs et d'autres personnes contre les rayonnements ionisants résultant du travail avec des substances radioactives et d'autres sources de rayonnements ionisants, et transpose en partie la directive 2013/59/Euratom du Conseil. Les limites de dose et le code de pratique en vigueur en Grande-Bretagne s'appliquent à l'identique en Irlande du Nord.

S'agissant de l'Île de Man, plusieurs textes législatifs et réglementaires transposent la directive 2013/59/Euratom du Conseil, à savoir la loi de 2019 relative aux rayonnements ionisants (application), le règlement de 2019 relatif aux rayonnements ionisants (normes de sécurité de base et justification des pratiques) et le règlement de 2019 relatif aux rayonnements ionisants (expositions médicales).

Champ d'application personnel des règlements

Le Comité a précédemment estimé que la situation n'était pas conforme à cet égard au motif que la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail ne couvrait pas l'ensemble des travailleurs indépendants et employés de maison (Conclusions XXI-2 (2017)).

En réponse, le rapport indique que le cadre juridique actuellement en vigueur au Royaume-Uni prévoit une protection professionnelle et sociale complète pour les employés de maison et, en principe, ces derniers bénéficient des mêmes droits en matière d'emploi que les autres travailleurs. Le rapport indique qu'il n'est ni proportionné ni pratique d'étendre le champ d'application de la législation pénale en matière de santé et de sécurité à l'emploi d'employés de maison par des ménages.

En ce qui concerne les travailleurs indépendants, le rapport indique que les risques qu'ils encourent du fait de leurs activités professionnelles sont entièrement couverts par le cadre juridique. D'après le rapport, on ne peut pas dire que les travailleurs indépendants sont exposés aux mêmes risques que les travailleurs salariés, car l'environnement de travail et le contrôle de cet environnement sont différents.

S'agissant de l'Île de Man, l'article 51 de la loi de 1974 relative à la santé et à la sécurité au travail dispose ce qui suit : « Aucune disposition du présent chapitre ne s'applique à une personne du seul fait qu'elle emploie une autre personne ou qu'elle est elle-même employée comme employée de maison par un ménage ». Ainsi, les employés de maison dans un ménage privé ne sont pas couverts par la réglementation en matière de santé et de sécurité.

Le Comité prend note de ces informations et demande que le prochain rapport indique si d'autres règles de protection s'appliquent aux employés de maison de l'île de Man et aux travailleurs indépendants.

Il rappelle également que tous les travailleurs, notamment les employés de maison et les travailleurs indépendants, doivent être couverts par des règlements en matière de santé et de sécurité au travail et réitère sa conclusion de non-conformité à cet égard.

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 le Bureau pour la santé et la sécurité a fourni des informations et prodigué des conseils concernant le milieu de travail et la main-d'œuvre afin de protéger les travailleurs de la santé et les autres travailleurs. D'autres travailleurs de première ligne, tels que le personnel de la police ou le personnel pénitentiaire, mais également le personnel d'autres secteurs, ont bénéficié d'un soutien et d'une assistance. Des lignes d'assistance téléphonique ont été spécifiquement mises en place pour les travailleurs. Des orientations en matière de prévention et de contrôle des infections au covid-19 ont été publiées et s'appliquent à tous les établissements de santé au Royaume-Uni. Ces orientations indiquent qu'il incombe aux organisations et aux employeurs de surveiller les pratiques de prévention et de contrôle des infections, de mettre en place des stratégies de dépistage et d'auto-isollement, de former l'ensemble du personnel aux mesures de prévention et de contrôle des infections, d'évaluer les risques qu'encourent les membres du personnel vulnérables, de protéger les patients/individus fortement susceptibles de présenter une forme grave de la covid-19 et de faire en sorte que les établissements de santé soient sûrs, pour autant que possible.

En ce qui concerne l'Irlande du Nord, un ensemble de conseillers et d'inspecteurs ont été déployés dans divers secteurs et industries, notamment ceux considérés comme les plus à risque.

S'agissant de l'île de Man, la protection des travailleurs de première ligne, dans le contexte de la covid-19 et des risques d'exposition au virus, est réglementée par les dispositions de la loi de 1974 relative à la santé et la sécurité au travail et du règlement de 2003 relatif à la gestion des questions de santé et de sécurité au travail. Le règlement de 1995 relatif au signalement des accidents du travail, des maladies professionnelles et des situations dangereuses fait obligation aux employeurs de signaler les cas particuliers d'exposition aux maladies et aux substances dangereuses. Le règlement s'applique aux travailleurs qui sont exposés à certains agents pathogènes dans le cadre de leur travail, et cela implique le covid-19.

Dans ses commentaires, la Commission écossaise des droits de l'homme indique qu'en août 2020, 47 % des décès enregistrés dus à la covid-19 étaient survenus dans des maisons de retraite et qu'en avril 2021, les décès dus à la covid-19 dans les maisons de retraite écossaises représentaient environ un tiers des plus de 10 000 décès. La Commission écossaise des droits de l'homme a déclaré que les orientations cliniques étaient inappropriées, et a indiqué que plusieurs questions ont été soulevées sur l'adéquation des mesures prises dans les maisons de retraite, en particulier sur la fourniture d'équipements de protection individuelle et sur la disponibilité et la distribution de tests de dépistage de la covid-19 au personnel et aux résidents.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation du Royaume-Uni n'est pas conforme à l'article 3§1 de la Charte de 1961 au motif que la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail ne couvre pas l'ensemble des travailleurs indépendants et employés de maison.

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

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

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Royaume-Uni.

Le Comité rappelle qu'aux fins du présent rapport, il a été demandé aux États de répondre aux questions ciblées posées au titre de l'article 3§2 de la Charte de 1961 ainsi que, le cas échéant, aux précédents constats de non-conformité et aux décisions d'ajournement (voir l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, dans laquelle le Comité a demandé un rapport sur l'application des dispositions de la Charte relevant du groupe thématique « santé, sécurité sociale et protection sociale »).

Le Comité a précédemment conclu (Conclusions XXI-2 (2017)) que la situation du Royaume-Uni était conforme à l'article 3§2 de la Charte de 1961.

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

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le Comité a précédemment examiné (Conclusions XX-2 (2017)) la situation du Royaume-Uni en ce qui concerne les accidents du travail et les maladies professionnelles et conclu qu'elle était conforme à l'article 3§2 de la Charte de 1961. Dans la question ciblée portant sur l'article 3§2, il a demandé des informations sur les accidents du travail et maladies professionnelles, concrètement des données statistiques sur la prévalence des décès, blessures et invalidités liés au travail, y compris en ce qui concerne le suicide lié au travail et d'autres formes d'automutilation, les TSPT, le burn-out et les troubles liés à la consommation d'alcool ou d'autres substances, ainsi que sur les études épidémiologiques conduites pour évaluer les effets sur la santé à (plus) long terme des nouveaux emplois à haut risque (par exemple, les services de livraison à vélo, incluant les personnes employées ou celles dont le travail est géré par l'intermédiaire de plateformes numériques ; les intervenants dans l'industrie du divertissement sportif, notamment les sports de contact ; les emplois impliquant des formes particulières d'interaction avec les clients et le recours possible à des substances potentiellement nuisibles, telles que l'alcool ou d'autres substances psychoactives ; les nouvelles formes d'opérations en bourse à haut rendement, qui génèrent un niveau de stress important ; le personnel militaire et des services répressifs, etc.) et également en ce qui concerne les victimes de harcèlement au travail et de mauvaise gestion.

En réponse, le rapport renvoie à la brochure statistique « Health and safety at work. Summary statistics for Great Britain 2019 » [Santé et sécurité au travail. Statistiques récapitulatives pour la Grande-Bretagne, 2019], qui indique que 147 accidents du travail mortels ont été dénombrés en 2019. Selon la même source, ce chiffre s'élevait à 144 en 2018 et en 2017. Le taux d'incidence standardisé des accidents mortels pour la Grande-Bretagne s'établissait comme suit : 0.42 en 2016, 0.44 en 2017, 0.46 en 2018 et 0.34 en 2019. Selon le rapport de la Direction de la santé et de la sécurité (Health and Safety Executive – HSE) sur les accidents du travail mortels en Grande-Bretagne, statistiquement parlant, le nombre de décès est resté globalement stable ces dernières années. En moyenne, le nombre de travailleurs décédés chaque année des suites d'un accident du travail, pour la période quinquennale allant de 2016-2017 à 2020-2021, est de 136.

En Irlande du Nord, 13 accidents du travail mortels ont été comptabilisés en 2015-2016, 18 en 2016-2017, 13 en 2017-2018 et 16 en 2018-2019. Le taux d'incidence de ces accidents pour 100,000 personnes employées s'élevait à 0.55 en 2016-2017, 0.13 en 2017-2018 et 0.65 en 2018-2019. L'agriculture, l'industrie manufacturière générale, la santé, la construction et les industries extractives figurent parmi les secteurs affichant les taux les plus élevés d'accidents mortels en Irlande du Nord sur la période 2015-2019.

S'agissant des accidents du travail non mortels en Grande-Bretagne, toujours selon la brochure précitée, le nombre de travailleurs ayant subi une blessure non mortelle, selon les auto-déclarations recueillies dans le cadre de l'enquête britannique sur la population active (Labour Force Survey), s'élevait à 581,000 personnes en 2019. Ce chiffre était de 555,000 en 2018. Il ressort des données publiées par la HSE que le taux de blessures non mortelles auto déclarées (pour 100,000 personnes employées) était de 2,030 en 2016, 1,970 en 2017, 1,770 en 2018 et 1,830 en 2018, tandis que le taux de blessures non mortelles déclarées par l'employeur (généralement des blessures plus graves ayant occasionné plus de sept jours d'absence du travail ou figurant sur une liste prédéfinie de lésions) était de 267 en 2016, 265 en 2017 et 258 en 2018.

En Irlande du Nord, le nombre d'accidents déclarés ayant occasionné des blessures entraînant plus de trois jours d'arrêt s'élevait à 1,680 en 2017, 1,898 en 2018 et 1,906 en 2019. En 2019, 55 % des blessures étaient survenues dans les secteurs de l'industrie manufacturière et de la santé. Compte tenu de la hausse significative du nombre d'accidents non mortels en Irlande du Nord, le Comité demande que le prochain rapport explique les raisons de cette augmentation et indique les mesures prises pour réduire le nombre d'accidents du travail. En outre, étant donné que le rapport ne contient pas de données chiffrées sur les accidents du travail dans l'île de Man, le Comité demande des informations sur ce point.

Selon les données publiées par Eurostat, le nombre total d'accidents du travail mortels au Royaume-Uni s'établissait comme suit : 222 en 2016, 248 en 2017 et 227 en 2018. Le taux d'incidence standardisé pour 100,000 personnes employées était de 1.46 en 2016, 1.65 en 2017 et 1.60 en 2018, soit des valeurs sensiblement inférieures aux taux standardisés pour l'UE à 27 au cours de la même période (2.29 en 2016, 2.25 en 2017 et 2.21 en 2018).

Les données Eurostat pour la période 2016-2018 montrent une tendance à la baisse du nombre d'accidents du travail non mortels ayant occasionné quatre jours d'absence (de 148,251 en 2016 à 143,053 en 2018). Le taux d'incidence de ces accidents était de 864.56 en 2016, 840.97 en 2017 et 825.1 en 2018. Ces valeurs sont inférieures aux taux d'incidence standardisés pour l'UE à 27 au cours de la même période (1 772.37 en 2016 et 1 768.93 en 2018).

S'agissant des maladies professionnelles, la brochure statistique « Health and safety at work. Summary statistics for Great Britain 2019 » à laquelle renvoie le rapport indique que 1.4 million de travailleurs avaient des problèmes de santé liés au travail en 2018-2019. Dans 37 % des cas, ces problèmes étaient dus à des troubles musculosquelettiques et dans 44 % des cas, au stress, à la dépression et à l'anxiété. Il est également indiqué que la fréquence des problèmes de santé autodéclarés liés au travail montrait une tendance générale à la baisse mais était restée globalement inchangée ces dernières années. Il en va de même pour les journées de travail perdues par travailleur en raison d'une maladie autodéclarée liée au travail. La tendance générale est à la baisse mais récemment, les chiffres sont quasi stables.

Selon le rapport, le taux d'incidence (pour 100,000 salariés) des maladies liées au travail en Grande-Bretagne était de 4,050 en 2016, 3,970 en 2017, 4,120 en 2018, 4,060 en 2019.

Pour ce qui est de l'Irlande du Nord, un groupe Hygiène et santé au travail (Occupational Health and Hygiene Group) a été constitué en septembre 2018 et regroupe des fonctions et spécialisations existantes au sein de la Direction de la santé et de la sécurité pour l'Irlande du Nord (Health and Safety Executive Northern Ireland – HSENI). La fonction première de ce groupe est de piloter les initiatives dans les domaines prioritaires en matière de santé au travail énoncés dans le projet de programme d'activités de la HSENI pour 2018-2023, à savoir les maladies pulmonaires professionnelles, les cancers professionnels et le stress et les troubles musculosquelettiques liés au travail. Selon le rapport annuel 2018-2019 de la HSENI, les conséquences sociales et financières des maladies professionnelles en Irlande du Nord demeurent importantes. D'après des chiffres récents, le coût pour l'économie nord-

irlandaise serait de l'ordre de 238 millions de livres sterling. Le nombre de personnes qui meurent chaque année en Irlande du Nord des suites de maladies liées au travail est estimé à 395. Le groupe Hygiène et santé au travail s'est concentré sur des aspects clés, comme susciter une prise de conscience générale des entreprises de la problématique des maladies professionnelles, appuyer des programmes opérationnels en matière de santé sur le lieu de travail et des séminaires et événements, fournir des avis spécialisés aux équipes opérationnelles de la HSENI, ou encore mettre à disposition tout un éventail de ressources constamment actualisées, y compris l'information sur le web.

Le rapport indique en outre que des données sur le stress lié au travail et ses causes, de même que des données que sur le harcèlement et la mauvaise gestion, sont collectées chaque année. En Grande-Bretagne, 602,000 travailleurs ont vécu des problèmes de stress, dépression ou anxiété liés au travail en 2019 (nouvellement apparus ou présents depuis longtemps) et 12.8 millions de jours de travail ont été perdus de ce fait. La fréquence des problèmes autodéclarés de stress, dépression ou anxiété liés au travail, tout en restant globalement stable, a néanmoins montré des signes de hausse ces dernières années. S'agissant des journées de travail perdues pour ces raisons, aucune tendance claire ne se dégage. Une surcharge de travail, le manque de soutien, la violence, des menaces ou actes de harcèlement et les changements dans le travail seraient les principales causes du stress, de la dépression et de l'anxiété liés au travail. En Irlande du Nord, il y a lieu de noter la création d'un service consultatif sur le bien-être psychologique au travail (Mental Wellbeing at Work Advisory Service) au sein de la HSENI. Ce service a continué à fournir conseils, orientations et soutien en matière de gestion et contrôle des risques associés au stress lié au travail. Au cours de la période 2018-2019, ses conseillers ont continué à promouvoir et à réaliser des séminaires de sensibilisation pour aider les employeurs nord-irlandais à utiliser les normes de gestion définies par la Direction de la santé et de la sécurité (HSE's Management Standards), lesquelles constituent un véritable outil de contrôle des risques associés au stress lié au travail.

Le rapport ne fournit pas d'informations en ce qui concerne le suicide lié au travail et d'autres formes d'automutilation, les TSPT, le burn-out et les troubles liés à la consommation d'alcool ou d'autres substances, ni sur les études épidémiologiques conduites pour évaluer les effets sur la santé à (plus) long terme des nouveaux emplois à haut risque. Le Comité renouvelle sa demande à cet égard et considère que dans l'hypothèse où les informations requises ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que les accidents du travail et les maladies professionnelles fassent l'objet d'un suivi efficace.

Activités de l'Inspection du travail

Le Comité a précédemment examiné (Conclusions XXI-2 (2017)) la situation en ce qui concerne les activités de l'Inspection du travail et indiqué que pour apprécier la conformité avec ce volet de l'article 3§2, il avait besoin de connaître la proportion de travailleurs concernés par les visites de contrôle et le pourcentage d'entreprises ayant fait l'objet d'une visite de contrôle portant sur l'hygiène et la sécurité pendant les années couvertes par la période de référence. Entretemps, il a réservé sa position sur ce point.

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

En réponse, le rapport indique que les dépenses annuelles de l'Inspection du travail en Grande-Bretagne s'élevaient à 224 millions de livres sterling en 2016 (soit 274,220,800 € environ) et 217 millions de livres sterling en 2019 (soit 247,588,500 € environ) (financées par les dotations du gouvernement et par les recettes obtenues, y compris celles perçues au titre du dispositif de recouvrement des frais d'intervention et au titre des activités commerciales). Il y avait 1,037 inspecteurs en 2016 et 990 inspecteurs en 2019. Bien que le rapport annuel 2018-2019 de la HSENI précise les effectifs de cet organisme (nombre de membres du conseil d'administration, de directeurs et d'employés), il ne contient pas de données indiquant clairement le nombre des inspecteurs chargés de contrôler la santé et la sécurité au travail et les ressources budgétaires de l'Inspection du travail en Irlande du Nord. Le Comité réitère sa demande d'informations sur ces points.

S'agissant de l'île de Man, le rapport indique qu'entre 2016 et 2019, l'Inspection du travail comportait trois inspecteurs dont un Responsable Santé Sécurité. En décembre 2018, un inspecteur à temps partiel a été nommé pour une durée déterminée. Une équipe distincte de santé environnementale emploie des inspecteurs mandatés pour enquêter sur des affaires concernant des locaux relevant de leur mission et de leur champ de compétence.

Bien que les rapports et comptes annuels de la HSE pour la période de référence fournissent des explications sur ses activités d'inspection, y compris les interventions ciblées, les inspections proactives et les campagnes menées en 2018-2019, notamment dans le secteur de la construction et dans l'agriculture, ils n'indiquent pas le nombre exact des visites de contrôle effectuées en Grande-Bretagne. Selon les rapports et comptes annuels de la HSENI, le nombre de visites de contrôle effectuées par les services de l'Inspection du travail en Irlande du Nord s'établissaient à 5,999 en 2016-2017, 6,233 en 2017-2018 et 5,522 en 2018-2019. Pour l'île de Man, le rapport indique que l'Inspection de la santé et de la sécurité au travail (Health and Safety at Work Inspectorate – HSWI) a effectué 1 671 visites de contrôle au cours de la période de référence. Le Comité demande donc, comme précédemment, que le prochain rapport contienne des données chiffrées pour la Grande-Bretagne, l'Irlande du Nord et l'île de Man concernant le nombre total de visites de contrôle effectuées par les services de l'Inspection du travail au cours de la période de référence. 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.

Selon les données ILOSTAT, le nombre total d'inspecteurs du travail au Royaume-Uni s'élevait à 960 en 2019 (989 en 2016, 938 en 2017 et 985 en 2018). Le nombre de visites de contrôle effectuées sur la période 2017-2019 montrait une tendance à la baisse (de 19,832 en 2016 à 15 847 en 2019) et le nombre d'inspecteurs pour 10,000 personnes employées restait stable : 0.3 entre 2017 et 2019. Le nombre annuel de visites par inspecteur du travail était de 25 en 2017 et de 22 en 2018.

Selon la brochure statistique « Health and safety at work. Summary statistics for Great Britain 2019 », en Grande-Bretagne, sur la période 2018-2019, 364 cas ayant donné lieu à des poursuites ou transmis au parquet écossais (Crown Office and Procurator Fiscal Service – COPFS) ont débouché sur une condamnation ; 11,040 mises en demeure ont été prononcées par l'Inspection du travail. Le montant total des amendes infligées, lorsque les infractions constatées en matière de santé et sécurité ont donné lieu à des poursuites engagées par la HSE et, en Écosse, par le COPFS, s'est élevé à 54.5 millions de livres sterling. Il est en outre indiqué que l'année 2019 a vu une baisse du nombre de cas ayant donné lieu à des poursuites, prolongeant la tendance observée l'année précédente. Le nombre de mises en demeure prononcées par l'ensemble des autorités chargées de faire respecter les lois et règlements affiche un recul par rapport à l'année précédente, poursuivant la tendance durable à la baisse du nombre de mises en demeure prononcées. Le montant des amendes infligées en 2018-2019 est en baisse par rapport à l'année précédente. Le montant moyen des amendes prononcées en cas de condamnation s'établit

toutefois au même niveau qu'en 2017-2018. Par conséquent, cette baisse est liée au recul du nombre d'affaires terminées.

S'agissant de l'Irlande du Nord, le Comité prend également note des informations figurant dans le Registre public des condamnations mentionné dans le rapport, à savoir que, lorsque les circonstances le justifient, les inspecteurs de la HSENI peuvent identifier une personne physique ou morale et recommander des poursuites à son encontre. D'après les données du registre public, le nombre de poursuites ayant débouché sur une condamnation pour infraction aux règles de santé et de sécurité s'élevait à 5 pour la période d'avril 2018 à mars 2019, 7 pour la période d'avril 2017 à mars 2018 et 12 pour la période d'avril 2019 à mars 2020 (hors période de référence).

D'après les informations figurant dans le rapport concernant l'île de Man, les types de sanction en cas d'infraction aux lois et règlements en matière de santé et de sécurité sont les suivants : avertissement écrit ou verbal (lorsque le manquement constaté est constitutif d'une infraction administrative et que le responsable respecte par ailleurs ses obligations de manière satisfaisante) ; injonction ordonnant des mesures correctives (lorsque l'employeur contrevient à la loi sur la santé et sécurité au travail et que l'infraction va vraisemblablement perdurer) ; avis d'interdiction (lorsqu'un danger imminent est constaté) ; mise en garde ; poursuites. Six poursuites ont été engagées au cours de la période de référence.

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 qu'en Grande-Bretagne, les inspecteurs de la HSE et les inspecteurs des collectivités locales sont habilités à contrôler tous les lieux de travail. Ceci englobe les établissements résidentiels, comme les foyers de soins.

La seule exception applicable concerne les biens immobiliers à usage d'habitation, pour autant que ces biens ne soient pas inscrits comme étant affectés à l'exercice d'une activité commerciale. Des travaux de construction dans ce type de biens immobiliers sont cependant soumis à inspection. En Irlande du Nord, la HSENI et les conseils locaux couvrent toutes les situations de travail en Irlande du Nord entrant dans le champ d'application de l'ordonnance de 1978 relative à la santé et à la sécurité au travail en Irlande du Nord (*Health and Safety at Work Order 1978*). La responsabilité du contrôle de l'application de la réglementation dans les foyers de soins résidentiels incombe aux conseils locaux. Dans l'île de Man, les inspecteurs disposent d'un droit d'entrée dans tout local (relevant de leur compétences) dès lors qu'ils ont des raisons de croire qu'il est nécessaire de pénétrer dans l'établissement.

S'agissant de la question posée dans la conclusion précédente concernant la proportion de travailleurs et d'entreprises couverts par les inspections, le rapport indique qu'au Royaume-Uni, le pourcentage d'entreprises ayant fait l'objet d'une visite de contrôle portant sur la santé et la sécurité n'est pas un critère utilisé pour mesurer la performance du système. Selon le rapport, le nombre de locaux commerciaux sur l'île de Man est estimé à plus de 3 000. Toutefois, il n'est pas vraiment possible, sur la base des données disponibles, de déterminer le nombre réel d'établissements contrôlés. Cette information ne figure pas dans les rapports et comptes annuels de la HSENI auxquels renvoie le rapport. Le Comité renouvelle par conséquent sa demande d'informations sur la proportion de travailleurs couverts par les inspections et sur le pourcentage d'entreprises ayant fait l'objet d'une visite de contrôle portant sur la santé et la sécurité pour chacune des années de la période de référence. Il considère que dans l'hypothèse où ces renseignements ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que les activités de l'Inspection du travail soient efficaces en pratique.

Conclusion

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

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

Paragraphe 3 - Consultation des organisations professionnelles en matière de sécurité et d'hygiène

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

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 1 - Elimination des causes d'une santé déficiente

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Royaume-Uni, ainsi que des commentaires présentés par la Commission écossaise des droits de l'homme le 30 juin 2021. Il prend également note des commentaires formulés par le Commissaire écossais à l'enfance et à la jeunesse le 14 juillet 2021, ainsi que de la réponse qui y a été donnée par le Gouvernement le 26 août 2021.

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

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

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

Le Comité note également que les autorités n'ont donné que très peu d'informations sur le Pays de Galles dans leur rapport ; il demande que le prochain rapport contienne des informations spécifiques pour chacune des parties constitutives du Royaume-Uni, plutôt qu'une liste de liens renvoyant vers divers sites internet.

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 relève dans les données de la Banque mondiale que l'espérance de vie à la naissance était en moyenne de 81,2 ans au Royaume-Uni en 2019, soit en légère hausse par rapport à 2015 où elle s'établissait à 81 ans. En 2019, elle était de 79,4 ans pour les hommes (contre 79,2 en 2015) et de 83,1 ans pour les femmes (contre 82,8 en 2015). Le Comité note également que, selon les données précitées, le taux de mortalité a légèrement baissé : il était de 9 décès pour 1 000 habitants en 2019, contre 9,2 décès en 2015.

Le rapport contient des statistiques pour chacune des parties constitutives du Royaume-Uni. En Angleterre, l'espérance de vie à la naissance était, sur la période comprise entre 2017 et 2019, de 79,7 ans pour les hommes et de 83,3 ans pour les femmes. Les données ventilées font apparaître qu'entre 2015 et 2017, l'espérance de vie était supérieure pour les

personnes nées dans des zones à dominante rurale que pour celles issues de régions essentiellement urbaines. L'écart en la matière entre les zones de l'Angleterre les plus défavorisées et celles qui le sont le moins était de 9,5 ans pour les hommes et de 7,5 ans pour les femmes entre 2016 et 2018. Le taux moyen annuel de mortalité standardisé par âge était plus élevé, entre 2014 et 2018, au sein du groupe ethnique blanc que dans les groupes ethniques minoritaires asiatiques et noirs. L'analyse des actes de décès des sans-abri ayant vécu dans des foyers et centres d'hébergement d'urgence en Angleterre et au Pays de Galles montre qu'en 2018, l'âge moyen au moment du décès était de 45 ans pour les hommes et de 43 ans pour les femmes. Le rapport fait également état d'une baisse du nombre de nouveaux diagnostics du VIH. La prévalence de l'hépatite C a quant à elle chuté de près de 30 pour cent en 2019, comparativement à 2015.

En Écosse, l'espérance de vie à la naissance était, entre 2017 et 2019, de 77,1 ans pour les hommes et de 81,1 ans pour les femmes. L'écart en la matière entre les zones les plus défavorisées et celles qui le sont le moins était de 13,3 ans pour les hommes et de 10 ans pour les femmes. L'espérance de vie la plus élevée a été enregistrée dans les zones rurales – accessibles ou isolées – et la plus faible dans les zones urbaines – grandes ou moins grandes. En 2019, 326 cas de VIH ont été diagnostiqués. Le nombre de nouveaux cas d'hépatite C n'a pas évolué entre 2015-2016 et 2017-2018.

En Irlande du Nord, l'espérance de vie à la naissance était, entre 2017 et 2019, de 78,8 ans pour les hommes et de 82,6 ans pour les femmes. L'écart en la matière entre les zones les plus défavorisées et celles qui le sont le moins était de 7 ans pour les hommes et de 4,8 ans pour les femmes.

Sur l'Île de Man, l'espérance de vie à la naissance s'établissait, entre 2016 et 2018, à 78,9 ans pour les hommes et à 83 ans pour les femmes.

Le Comité note que, d'après le rapport intitulé « Royaume-Uni : Profil de santé par pays 2019 » (OCDE, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et Commission européenne), les maladies cardiovasculaires restent la plus importante cause de décès. Plus d'un tiers de tous les décès survenus au Royaume-Uni peuvent être attribués à des facteurs de risques comportementaux, comme les habitudes alimentaires, le tabac, la consommation d'alcool et le faible niveau d'activité physique.

Le rapport rend compte des mesures prises pour faire baisser les taux de mortalité associée au cancer, aux maladies cardiovasculaires et aux maladies respiratoires, ainsi que de celles visant à lutter contre le surpoids et l'obésité.

La Commission écossaise des droits de l'homme a présenté ses observations sur le rapport. Elle s'est déclarée préoccupée par le fait que l'espérance de vie des personnes présentant des troubles de l'apprentissage ou atteintes de schizophrénie était inférieure au reste de la population, tout comme celle des Gens du voyage écossais. Elle s'est également inquiétée de la légère augmentation de certaines causes de décès au cours des dernières années. Le Commissaire écossais à l'enfance et à la jeunesse a quant à lui noté que les taux de mortalité infantile en Écosse étaient les plus élevés parmi les zones les plus défavorisées du Royaume-Uni ; il s'est aussi déclaré préoccupé par le problème de l'obésité infantine.

En réponse aux observations du Commissaire écossais à l'enfance et à la jeunesse, le gouvernement britannique a indiqué que l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé et la réduction des inégalités en matière de santé partout en Écosse restaient l'ambition affichée du Gouvernement et que diverses initiatives étaient en cours pour lutter contre les causes sous-jacentes de ces inégalités. Il a ajouté qu'il n'était pas prévu de s'occuper plus particulièrement de la question de l'alimentation des jeunes enfants, des nourrissons ou des femmes enceintes.

Accès aux soins de santé

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

Le rapport donne des informations sur la mortalité maternelle et infantile. Au Royaume-Uni, le taux de mortalité maternelle s'établissait à 9,2 décès pour 100 000 naissances vivantes selon les chiffres les plus récents, sans préciser l'année. Il ressort de ces mêmes données que le taux de mortalité infantile était de 3,3 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2019, soit une baisse par rapport à 2015, où il était de 3,9.

Le rapport indique qu'en Angleterre, les collectivités locales sont chargées, depuis avril 2013, de fournir une large gamme de services de santé en matière de sexualité, ouverts à tous, notamment en matière de dépistage et de traitement des infections sexuellement transmissibles, d'informations à communiquer aux partenaires sexuels de personnes infectées, et d'accès aux différentes méthodes de contraception sans ticket modérateur. Les moyens contraceptifs peuvent, dans une large mesure, être obtenus gratuitement auprès des médecins généralistes. Le Gouvernement demeure attaché à réduire les risques de grossesse chez les jeunes de moins de 18 ans. En 2018, le taux de contraception avait diminué de 6,1 pour cent au sein de la population âgée de moins de 18 ans en Angleterre et au Pays de Galles.

Dans ses observations sur le rapport, la Commission écossaise aux droits de l'homme a indiqué que les femmes handicapées faisaient l'objet de préjugés négatifs en matière de santé sexuelle et reproductive, ce qui l'a amené à soulever la question de l'égalité d'accès aux services pour différents groupes de femmes.

Le rapport indique également qu'en vertu de la loi de 1967 relative à l'interruption de grossesse, les femmes peuvent, en Angleterre, en Écosse et au Pays de Galles, bénéficier rapidement de services d'avortement de qualité dans des conditions sûres et légales. Au regard de la loi, il faut que deux médecins prononcent un seul et même avis quant au fait que l'avortement répond à l'un des motifs énoncés dans le texte. En 2019, 99 pour cent des avortements pratiqués en Angleterre et au Pays de Galles ont été financés par le Service national de santé, sans frais pour les femmes. En Irlande du Nord, l'avortement a été dépenalisé en 2019 ; en 2017, un système de financement a été mis en place pour permettre aux résidentes d'Irlande du Nord de se faire avorter gratuitement en Angleterre, système couvrant également les frais de voyage en cas de difficultés matérielles de l'intéressée. Depuis décembre 2018, en Angleterre, les femmes peuvent prendre, à domicile, la deuxième des deux pilules abortives permettant un avortement médical rapide, et ce jusqu'à dix semaines de grossesse. Cette pratique a été instaurée en juin 2018 au Pays de Galles et en octobre 2017 en Écosse.

Le Comité rappelle avoir considéré qu'une fois que les Etats ont adopté une législation autorisant l'avortement dans certaines situations, ils sont tenus d'organiser leur système de santé de manière à garantir que l'exercice effectif de la liberté de conscience des professionnels de santé dans le contexte de leurs fonctions n'empêche pas les patients d'accéder aux services auxquels ils ont droit en vertu de la législation applicable (Fédération internationale pour le Planning familial – Réseau européen (IPPF EN) c. Italie, réclamation n° 87/2012, décision sur le bien-fondé du 10 septembre 2013, paragraphes 69, et *Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL)* c. Italie, réclamation n° 91/2013, décision sur le bien-fondé du 12 octobre 2015, paragraphes 166 et 167). Le Comité a également estimé que les femmes qui n'avaient pas accès aux services d'avortement dans leur région pourraient être effectivement privées de toute possibilité d'exercer leur droit d'accès à ces services car les contraintes de temps pourraient les empêcher de trouver d'autres dispositions (Fédération internationale pour le Planning familial – Réseau européen (IPPF EN) c. Italie, op. cit., paragraphe 193). Le Comité demande par conséquent que le prochain rapport contienne des informations sur les mesures spécifiquement prises pour

fournir des services d'avortement en Irlande du Nord, en particulier en ce qui concerne la prise en charge des déplacements.

Le rapport précise en outre que le Gouvernement écossais a fait en sorte de garantir l'accès équitable à la fécondation in vitro partout en Écosse. Par ailleurs, entre 2018 et 2021, les pouvoirs publics ont financé, à hauteur de 2,5 millions de livres, diverses initiatives ayant pour but de répondre aux besoins des femmes et des filles : programme de sensibilisation en ligne destiné à encourager les femmes qui vendent des services sexuels sur internet à recourir aux services de santé qui s'occupent des questions de sexualité, projet visant à intervenir directement auprès des populations ayant une mauvaise hygiène sexuelle et infectées par des virus transmis par le sang, actions visant à limiter la propagation de ces virus et des infections sexuellement transmissibles et à réduire le nombre de grossesses non désirées chez les personnes vulnérables, projet de recherche portant sur l'attitude des jeunes à l'égard des préservatifs et de la contraception et l'utilisation qu'ils en font. Les interruptions de grossesse peuvent être pratiquées jusqu'à la limite légale de 24 semaines de grossesse ; au-delà, elles ne sont permises qu'en de très rares circonstances.

Le rapport indique qu'en Irlande du Nord, les services sociaux et de la santé sont chargés de fournir des services de santé sexuelle et reproductive, notamment des traitements contre l'infertilité, aux femmes qui répondent à certains critères, quelle que soit leur orientation sexuelle ou leur situation en termes de relations de couple.

Le rapport indique également que, sur l'Île de Man, le ministère de la Santé et de la Protection sociale continue de proposer aux femmes et aux filles un éventail très complet de services de santé sexuelle et reproductive. La loi portant modification de la législation relative à l'interruption volontaire de grossesse, adoptée en 2019, a rapproché la procédure liée aux services d'avortement de celle en vigueur en Grande-Bretagne.

Le Comité renouvelle également sa demande d'informations 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. Ce dernier impose un éventail d'obligations positives et négatives, notamment l'obligation pour l'État de non-ingérence directe ou indirecte dans l'exercice du droit à la santé. Toute forme de traitement médical qui n'est pas nécessaire peut être considérée comme contraire à l'article 11, si l'accès à un autre droit est subordonné à son acceptation (*Transgender Europe et ILGA-Europe c. République tchèque*, réclamation n° 117/2015, décision sur le bien-fondé du 15 mai 2018, paragraphes 74, 79 et 80).

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

Le Comité invite les États à fournir des informations sur l'accès des personnes transgenres à un traitement de réassignation de genre (tant en ce qui concerne la disponibilité que l'accessibilité). Il demande si la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres exige (en droit ou en pratique) qu'elles subissent une stérilisation ou

tout autre traitement médical qui pourrait nuire à leur santé ou à leur intégrité physique et psychologique. Le Comité invite également les États à fournir des informations sur les mesures prises pour que l'accès aux soins de santé en général, notamment aux soins de santé sexuelle et reproductive, soit garanti sans discrimination fondée sur l'identité de genre.

Le Comité a demandé, sous forme de question ciblée, des informations sur les mesures permettant de garantir un consentement éclairé aux interventions ou traitements médicaux (au titre de l'article 11§2). Le rapport indique que toute personne doit donner son consentement avant de recevoir un traitement médical, quel qu'il soit. Des exceptions sont prévues dans les situations d'urgence par exemple, où la personne peut être prise en charge sans son consentement préalable.

Dans ses observations, la Commission écossaise des droits de l'homme a exprimé ses préoccupations quant à l'accessibilité des services de santé mentale destinés aux enfants et aux adolescents et au problème des délais d'attente. Le Commissaire écossais à l'enfance et à la jeunesse a fait état de longs temps d'attente dans les services de soins de santé physique et mentale destinés aux enfants et aux adolescents.

Le Gouvernement indique, en réponse aux observations du Commissaire écossais à l'enfance et à la jeunesse, que certaines mesures ont été prises pour traiter les problèmes de santé mentale des jeunes – affectation de crédits supplémentaires au Mental Health recovery and Renewal Fund (Fonds pour le rétablissement et le renouveau de soins de santé mentale), création du Children and Young People's Mental Health and Wellbeing Joint Delivery Board (Commission mixte des services de santé mentale et de bien-être des enfants et adolescents). Mais elles ont été prises en dehors de la période de référence aux fins du présent cycle d'examen.

Covid-19

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

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

Le rapport indique qu'en Angleterre, plus de 47 000 anciens professionnels de santé se sont portés volontaires pour prêter main forte au Service national de santé. En Écosse, les autorités ont veillé à mettre en place des mesures strictes de prévention et de contrôle de l'infection dans les hôpitaux et autres établissements de soins. Sur l'Île de Man, la capacité des hôpitaux à traiter les patients est, d'après le rapport, suffisante, et des ventilateurs et équipements spécialisés sont disponibles.

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

Le Comité rappelle que l'accès aux soins de santé doit être assuré à tous sans discrimination. Cela implique que les soins de santé en cas de pandémie doivent être effectifs et abordables pour tous, et que les États doivent garantir que les groupes particulièrement exposés à de hauts risques, tels que les sans-abri, les pauvres, les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes vivant en institution, les personnes détenues en prison et les personnes en situation irrégulière sont protégés de

manière appropriée par les mesures sanitaires mises en place. De plus, les États doivent prendre des mesures spécifiques bien ciblées pour garantir l'exercice du droit à la protection de la santé des personnes dont le travail (formel ou informel) les expose à un risque particulier d'infection (Observation interprétative sur le droit à la protection de la santé en temps de pandémie, 21 avril 2020).

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

Conclusion

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

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 2 - Services de consultation et d'éducation sanitaires

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Royaume-Uni.

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 précédente conclusion, le Comité a considéré que la situation du Royaume-Uni était conforme à l'article 11§2 de la Charte de 1961, dans l'attente des informations demandées (Conclusions XXI-2 (2017)).

Éducation et sensibilisation de la population

Dans ses questions ciblées, le Comité a demandé des informations sur l'éducation en matière de santé (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.

En réponse, le rapport signale les publications suivantes en Angleterre : le Livre vert sur la prévention, publié en 2019 par le ministère de la Santé et des Soins sociaux, énonce des mesures visant à prévenir une santé mentale précaire et à promouvoir la bonne santé mentale et le bien-être ; le Concordat sur la prévention pour une meilleure santé mentale, lancé par *Public Health England* (PHE) ; la mise à jour en 2017 de la stratégie intergouvernementale de prévention du suicide ; le livre blanc sur les préjudices en ligne, publié par le gouvernement en 2017, définit le cadre réglementaire visant à améliorer la sécurité des personnes en ligne en s'attaquant aux contenus potentiellement dangereux en matière de suicide et d'automutilation ; la réponse du gouvernement en 2019 au rapport du médiateur du service de santé publique (PHSO) sur les troubles alimentaires. Le rapport signale également la stratégie du gouvernement britannique pour réduire le nombre de jeunes consommant des drogues, laquelle combine une action universelle et une action ciblée sur ceux qui sont le plus à risque.

Le rapport rappelle que l'éducation sexuelle est obligatoire dans toutes les écoles secondaires publiques depuis 1993. Il rappelle également que les académies et les écoles gratuites ne sont pas tenues d'enseigner l'éducation sexuelle, mais qu'elles ont été encouragées à le faire. Il mentionne que la dernière mise à jour des orientations réglementaires en matière d'éducation sexuelle et d'éducation aux relations interpersonnelles remonte à 2000. Même s'il ne s'agit pas de la période de référence, le Comité note que le rapport indique également qu'à partir de septembre 2020, l'éducation aux relations interpersonnelles est devenue obligatoire dans toutes les écoles primaires, de même que l'éducation sexuelle et relationnelle dans toutes les écoles secondaires et l'éducation à la santé dans toutes les écoles publiques financées par l'état.

Le rapport mentionne que le programme scolaire légal en Irlande du Nord inclut le « développement personnel » tout au long des 12 années d'enseignement obligatoire, où les élèves apprennent la connaissance de soi, la santé personnelle et les relations interpersonnelles.

En ce qui concerne l'éducation à la santé sexuelle et reproductive en Écosse, le rapport mentionne les campagnes d'information organisées en 2019 sur les thèmes des relations

saines et du consentement : le projet britannique « *Common Sense* » vise à accroître la sensibilisation à la santé sexuelle et à promouvoir la santé et le bien-être sexuels, ainsi qu'à sensibiliser les jeunes qui ont des difficultés d'apprentissage aux virus transmissibles par le sang et aux différentes méthodes de contraception ; le site web « *Sexual Health Scotland* » est source d'informations et de conseils pour les jeunes de toutes les régions d'Écosse, et les aiguille vers les services locaux ; enfin, la « stratégie sur la grossesse et la parentalité chez les jeunes », publiée en mars 2016, promeut l'éducation à la santé sexuelle, aux relations et à la parentalité pour tous les jeunes dans les écoles.

En ce qui concerne l'éducation à la prévention de l'alcoolisme, de la toxicomanie et du tabagisme en Écosse, le rapport indique que le gouvernement écossais développera des approches éducatives, centrées sur la personne, qui seront mises en œuvre conformément aux pratiques fondées sur les preuves, afin d'atteindre tous les enfants et les jeunes, y compris ceux qui ne sont pas présents dans les cadres traditionnels tels que les groupes de jeunes, l'apprentissage et le développement communautaires, les enfants pris en charge et hébergés, les enfants exclus et ceux qui sont en contact avec les services. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur le développement de ces approches. En outre, le rapport fait référence aux 20 actions définies par la loi-cadre sur l'alcool du gouvernement écossais en 2018 qui comprend des actions clés telles que l'évaluation et la révision du prix unitaire minimum pour l'alcool, la consultation sur les restrictions potentielles du marketing de l'alcool et la pression sur les producteurs d'alcool pour qu'ils incluent des informations relatives à la santé sur les étiquettes des produits alcoolisés. Le rapport indique également que le gouvernement écossais s'est fixé pour objectif de créer une génération sans tabac d'ici 2034. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur le développement de l'action actuelle visant à lutter contre les méfaits du tabagisme passif.

Le rapport se réfère aux orientations scolaires sur la santé émotionnelle, le bien-être, la sexualité et les relations, fournies par le gouvernement gallois. Il fait également référence au Programme de santé de l'enfant de 0 à 9 ans, mené par le service scolaire de visites sanitaires et de soins infirmiers sur l'Île de Man, qui comprend l'éducation à la santé sexuelle et le soutien à l'acceptation de soi sur le plan sexuel, la réduction des comportements à risque autodestructeurs, la promotion d'un poids normal et la prévention de l'obésité.

Le Comité prend note des informations détaillées fournies dans le rapport concernant la manière dont des sujets tels que la prévention du tabagisme et de l'abus d'alcool, l'éducation sexuelle et reproductive, notamment en ce qui concerne la prévention des maladies sexuellement transmissibles et du sida, la sécurité routière et la promotion d'habitudes alimentaires saines sont couverts par le programme scolaire dans tout le Royaume-Uni.

Le Comité prend également note des informations détaillées fournies dans le rapport concernant les mesures et les campagnes lancées dans l'ensemble du Royaume-Uni sur l'éducation à la santé sexuelle et génésique et les stratégies de prévention connexes sur les conduites autodestructrices, les troubles alimentaires, la consommation d'alcool et de drogues dans la communauté. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur la mise en œuvre des mesures prises à cet égard pendant la période de référence.

Dans ses questions ciblées, le Comité a également demandé des informations sur la sensibilisation et l'éducation en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre (OSIG) et de violence fondée sur le genre. En réponse, le rapport indique qu'en Angleterre, l'orientation sexuelle et l'identité de genre doivent être explorées à un moment opportun de l'enseignement secondaire, de manière claire, sensible et respectueuse. En Irlande du Nord, l'éducation aux relations interpersonnelles et à la sexualité couvre l'orientation sexuelle et l'identité de genre dans les écoles. En Écosse, les enseignants abordent l'éducation aux relations interpersonnelles, à la santé sexuelle et à la parentalité (RSHP) dans un

enseignement qui traite, entre autres, de ces relations qui touchent les personnes transgenres dans les écoles écossaises. Les enseignants ont reçu une ressource en ligne dédiée continuellement mise à jour avec du matériel adapté à l'âge des 3-18 ans afin qu'ils puissent mener une éducation RSHP cohérente. En Écosse, le Programme de prévention de la violence sexuelle de *Rape Crisis Scotland* travaille avec plus de 48 000 jeunes depuis 2016. En outre, en Écosse, le groupe de travail *Short Life*, qui étudie la violence fondée sur le genre et le harcèlement sexuel dans les écoles, a été créé pour identifier les pratiques efficaces ; identifier les lacunes et développer un certain nombre de ressources pour aider les écoles primaires et secondaires à traiter les incidents de violence fondée sur le genre et le harcèlement sexuel.

Consultations et dépistage des maladies

Dans sa précédente conclusion, le Comité a demandé des informations actualisées sur les programmes de dépistage disponibles pour les femmes enceintes et la fréquence de ceux-ci dans l'ensemble du Royaume-Uni (Conclusions XXI-2 (2017)).

En réponse, le rapport indique que le dépistage prénatal, qui est proposé gratuitement à environ 700 000 femmes en Angleterre chaque année, couvre 17 problèmes différents tels que les maladies infectieuses, la drépanocytose et la thalassémie, les anomalies fœtales (syndrome de Down, d'Edward et de Patau) et la rétinopathie diabétique. En ce qui concerne l'Écosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord, le rapport indique qu'un programme similaire de dépistage prénatal est proposé à toutes les femmes enceintes. Le Comité prend note des données spécifiques sur la fréquence des tests et sur la couverture du programme au cours de la période de référence.

Toutefois, le rapport ne contient aucune information sur le programme de dépistage prénatal sur l'île de Man. Le Comité demande donc à nouveau que le prochain rapport fournisse les informations actualisées requises sur les programmes de dépistage disponibles pour les femmes enceintes et la fréquence de ceux-ci sur l'île de Man.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a également demandé des informations actualisées sur les programmes de dépistage pour la population en général disponibles en Angleterre, en Écosse, au Pays de Galles, en Irlande du Nord et sur l'île de Man (Conclusions XXI-2 (2017)).

En réponse, le rapport informe qu'en Angleterre, le système national de santé assure les programmes de dépistage suivants : celui du dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus, du cancer du côlon, de l'anévrisme aortique abdominal, et de l'œil diabétique. Le rapport fournit des données spécifiques sur la couverture du programme au cours de la période de référence. Le rapport indique également que des programmes de dépistage similaires sont proposés en Écosse, au Pays de Galles, en Irlande du Nord et sur l'île de Man, et fournit également des données spécifiques sur la fréquence des tests et sur la couverture du programme pendant la période de référence. Le rapport indique en outre que le Pays de Galles et l'Irlande du Nord proposent également des dépistages des troubles auditifs et des taches de sang chez les nouveau-nés.

Conclusion

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

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 3 - Prévention des maladies et accidents

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Royaume-Uni. Il prend également note des commentaires présentés par la Commission écossaise des droits de l'homme (Scottish Human Rights Commission – SHRC) et par le Commissaire chargé de l'enfance et de la jeunesse en Écosse (Children and Young People's Commissioner Scotland – CYPCS), ainsi que des observations formulées par le gouvernement du Royaume-Uni.

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

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

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

Dans sa précédente conclusion, le Comité a conclu que la situation du Royaume-Uni était conforme à l'article 11§3 de la Charte de 1961 (Conclusions 2017).

Services de santé dans les lieux de détention

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

Le Comité relève dans le rapport que les services de santé pénitentiaires du Royaume-Uni sont placés sous la responsabilité des autorités sanitaires et sont fondés sur le principe de l'équivalence avec les soins dispensés en milieu ouvert. Le Comité prend également note de l'éventail des services de soins de santé fournis en prison, des procédures initiales de dépistage, de la possibilité pour les détenus d'être orientés vers des spécialistes en milieu ouvert et des programmes de dépistage et de vaccination supplémentaires mis en place en Écosse pour lutter contre les maladies infectieuses.

Dans ses commentaires, la Commission écossaise des droits de l'homme interroge le gouvernement sur plusieurs thématiques, à savoir les soins de santé pendant les gardes à vue, les soins de santé en prison, les femmes et la détention, les détenus âgés, les jeunes en milieu surveillé et les jeunes détenus, compte tenu de ce qui a été observé dans les prisons écossaises par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) et lors de plusieurs enquêtes internes. En réponse, le gouvernement fait savoir que plusieurs initiatives sont en cours pour remédier

aux problèmes soulevés, notamment en vue d'améliorer la qualité des services de soins de santé mentale en prison.

Le Comité renvoie aux travaux du CPT, qui, dans ses rapports les plus récents (2018, 2019, 2020), s'est inquiété de la situation des soins de santé mentale dans les prisons écossaises (maintien de la pratique consistant à isoler de manière prolongée certaines détenues vulnérables, manque de lits de psychiatrie sécurisés pour les détenues), anglaises (isolement prolongé, transferts tardifs en hôpital psychiatrique, insuffisance des stratégies de prévention de l'automutilation et du suicide) et nord-irlandaises (fourniture insuffisante de soins psychiatriques et longs délais d'attente pour transférer les personnes vers des établissements psychiatriques appropriés en vue d'un traitement).

Le Comité demande des informations sur les mesures prises pour améliorer la fourniture de soins de santé mentale dans les prisons anglaises, écossaises et nord-irlandaises.

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 fait état de diverses initiatives prises pendant la période de référence dans le domaine de la santé mentale, telles que : une Vision de la santé mentale pour les cinq prochaines années, le Plan à long terme du Service national de santé et son plan de mise en œuvre dans le domaine de la santé mentale pour les années 2019/20-2023/24, des mesures d'amélioration des délais d'attente pour bénéficier de soins de santé mentale (en Angleterre), la Stratégie 2017-2027 pour la santé mentale, l'enquête indépendante sur les services de santé mentale menée en 2018 dans la région de Tayside en Écosse, le Plan d'action pour la santé mentale, mené en 2020, hors période de référence, au Pays de Galles, l'enquête sur les soins de santé mentale de proximité et son plan d'action, menés en 2019, un exercice de comparaison des résultats obtenus dans tous les domaines de services et des mesures de prévention du suicide (île de Man). La partie du rapport consacrée à l'Écosse fournit des informations supplémentaires sur le fonctionnement des équipes de soins de santé mentale de proximité et sur le passage d'une prise en charge psychiatrique en milieu hospitalier à des soins de proximité, y compris des informations sur la réduction du taux d'occupation des lits dans le pays et la nette réduction de la durée moyenne de séjour pendant la période de référence.

Dans ses commentaires, le Commissaire chargé de l'enfance et de la jeunesse en Écosse indique que le nombre d'enfants et d'adolescents ayant des problèmes de santé mentale et le nombre de suicides d'adolescents ont fortement augmenté en Écosse pendant la période de référence. Parmi les causes citées figurent notamment le harcèlement, la maltraitance ou le fait d'être témoin de violences, les réseaux sociaux, la pression scolaire, la maladie, la séparation ou le divorce des parents et le deuil. Les enfants et les adolescents font face à des retards de prise en charge psychiatrique et à des obstacles pour accéder à des soins de santé mentale de qualité, en raison, notamment, d'un système de soins de santé mentale complexe et morcelé, mettant l'accent sur les soins spécialisés et sur la réponse aux crises plutôt que sur l'intervention précoce et la prévention, d'un manque d'approche individualisée et de consultation des enfants et des adolescents concernant leur prise en charge, d'un accès limité aux services disponibles et à des informations, des conseils et des sources de soutien pour différents besoins, et d'une offre inadéquate de services de proximité. Le gouvernement n'a pas abordé ces questions dans sa réponse.

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 les informations demandées ne sont pas fournies pour tous les pays/territoires autres que l'Écosse, notamment en ce qui concerne un aperçu de l'accès à des services de soins de santé mentale de proximité et les mesures prises pour fermer/réduire la taille des hôpitaux psychiatriques de long séjour. Le Comité renouvelle donc sa demande.

Il 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 renvoie aux dernières observations finales du Comité des droits des personnes handicapées (CRPD, 2017), qui s'est dit préoccupé par le fait que de nombreuses personnes handicapées étaient encore internées et privées du droit à l'autonomie de vie et à l'inclusion dans la société lorsque : i) leurs ressources financières ne leur permettaient pas de payer des services d'accompagnement individualisés ; ii) les autorités locales considéraient qu'elles pouvaient fournir une aide dans les foyers d'accueil ; iii) les coûts étaient le paramètre principal des évaluations. Le Comité des droits des personnes handicapées a également constaté que les personnes handicapées, sans distinction de sexe, de genre, d'âge ou de toute autre situation, ne bénéficiaient ni de services de soutien ni d'installations publiques accessibles, notamment de services d'assistance personnelle, qui leur permettaient de vivre de façon autonome et d'être incluses dans la société.

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.

Le Comité demande également quelles mesures sont prises pour que les enfants bénéficient de services de soins de santé mentale appropriés, notamment de services d'intervention précoce et de prévention, ainsi que de services thérapeutiques de proximité.

Prévention de la toxicomanie et réduction des risques

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

Le rapport fait état d'une augmentation notable des décès liés à la drogue en Angleterre et au Pays de Galles pendant la période de référence. Selon la Commission écossaise des droits de l'homme, le nombre de décès liés à la drogue enregistrés en Écosse est passé de 574 en 2008 à 1 264 en 2019. Le taux de mortalité lié à la drogue est supérieur en Écosse au taux relevé pour l'ensemble des pays de l'Union européenne, ou environ 3,5 fois supérieur à celui du Royaume-Uni dans son ensemble, et est largement considéré comme une urgence de santé publique. Le gouvernement écossais a chargé un groupe de travail d'examiner les principales causes des décès liés à la drogue et de trouver un moyen de les réduire. Le gouvernement n'a pas abordé ces questions dans sa réponse.

Le rapport mentionne également un document intitulé Toxicomanie et dépendance : lignes directrices du Royaume-Uni pour la gestion clinique, actualisé en 2017, qui fournit des recommandations cliniques sur les traitements en prison et en milieu ouvert. Selon les lignes directrices, les traitements agonistes opioïdes et les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues font partie intégrante de la prise en charge et de la guérison de la toxicomanie. En 2018, le gouvernement écossais a publié la Stratégie pour les droits, le respect et la guérison, afin d'améliorer la santé par la prévention et la réduction de la consommation d'alcool et de drogues, ainsi que des dommages et des décès liés à leur usage. La stratégie définit trois priorités : développer des systèmes de prise en charge axés sur la guérison, faire le nécessaire pour les enfants, les jeunes et les familles et inscrire une perspective de santé publique dans la justice. En 2018, le gouvernement d'Irlande du Nord a procédé à une évaluation complète du Nouveau document d'orientation stratégique sur l'alcool et la drogue adopté en 2011.

Le Comité demande des informations sur les mesures prises pour réduire le nombre de décès liés à la drogue dans l'ensemble du Royaume-Uni.

Environnement sain

Dans une question ciblée, le Comité a demandé des informations sur les mesures prises pour prévenir l'exposition à la pollution de l'air, de l'eau et à d'autres formes de pollution de l'environnement, notamment le rejet de contaminants ou d'éléments toxiques par des sites industriels situés à proximité, qu'ils soient encore actifs ou à l'arrêt (mais non isolés ou décontaminés de façon appropriée), sous forme d'émissions, de fuites ou d'écoulements, dont les rejets ou les transferts lents vers l'environnement proche, ainsi que par des sites

nucléaires et des mines. Le Comité a également demandé des informations sur les mesures prises pour traiter les problèmes de santé des populations touchées et pour informer le public, y compris les élèves et les étudiants, sur les problèmes environnementaux en général et au niveau local.

Le rapport fournit une description générale des dispositifs de suivi existant dans les domaines de l'air et de l'eau et sur les autres formes de protection mises en place dans l'ensemble du Royaume-Uni. En 2019, Santé publique Angleterre a publié un rapport sur la protection de la santé publique en cas d'urgence radioactive et un bilan indépendant de la Stratégie écossaise pour la qualité de l'air a été entrepris.

Les commentaires de la Commission écossaise des droits de l'homme et du Commissaire chargé de l'enfance et de la jeunesse en Écosse mettent l'accent sur les graves répercussions de la pollution de l'air sur les plus vulnérables, notamment les enfants, les personnes âgées et les personnes atteintes d'affections pulmonaires telles que l'asthme, et précisent que les progrès pour réduire les pires types de polluants atmosphériques ont stagné pendant la période de référence.

Le rapport du Rapporteur spécial sur les incidences sur les droits de l'homme de la gestion et de l'élimination écologiquement rationnelles des produits et déchets dangereux, lors de sa mission au Royaume-Uni en 2017, a attiré l'attention sur la persistance de la pollution de l'air, qui entraîne une augmentation des taux de mortalité, de morbidité et de handicap et présente des risques exacerbés pour les plus démunis et les minorités, sur la contamination par les décharges historiques et sur l'héritage des déchets radioactifs générés par les programmes civils et de défense. L'Examen de la mise en œuvre de la politique environnementale 2019 fait également état, dans son chapitre consacré au Royaume-Uni, d'un grand nombre de zones présentant des dépassements des normes de qualité de l'air de l'Union européenne pour le dioxyde d'azote, ainsi que de problèmes persistants concernant la qualité de l'eau et la pollution diffuse, notamment due aux nitrates.

Le Comité note que les informations demandées ne sont pas fournies, concernant notamment : 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, telles que le rejet de contaminants ou d'éléments toxiques par des sites industriels, des sites nucléaires et des mines 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, y compris les rejets ou les transferts lents vers l'environnement proche ; les mesures prises pour traiter les problèmes de santé des populations touchées ; et les mesures prises pour informer le public, y compris les élèves et les étudiants, des problèmes environnementaux en général et au niveau local. Le Comité considère que dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation du Royaume-Uni soit 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 prises pour encourager la recherche sur les vaccins dans l'ensemble du Royaume-Uni.

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

Le rapport fournit une très grande quantité d'informations sur les mesures préventives prises pour limiter la propagation de la covid-19 dans l'ensemble du Royaume-Uni. Par exemple, le rapport décrit le Plan d'action Covid publié conjointement par le Royaume-Uni et les administrations décentralisées en mars 2020, et mis à jour par la suite en fonction de l'évolution des circonstances, qui a servi de base à la réponse à la covid-19. Les orientations publiées en Angleterre se sont concentrées sur la distanciation physique et les bonnes pratiques d'hygiène comme étant les outils les plus efficaces pour prévenir la propagation du virus. La section consacrée à l'Écosse fait référence à des mesures telles que la distanciation physique, l'approvisionnement et la distribution de masques et d'équipements de protection individuelle, ou le blindage.

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

Conclusion

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

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 1 - Existence d'un système de sécurité sociale

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Royaume-Uni.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions XXII-2), le Comité a conclu que la situation du Royaume-Uni n'était pas conforme à l'article 12§1 de la Charte de 1961 au motif que :

- le montant des indemnités de maladie était insuffisant ;
- le montant minimum de l'allocation d'emploi et de soutien (Employment and Support Allowance – ESA) était insuffisant ;
- le montant des prestations d'incapacité à long terme était insuffisant ;
- le montant des prestations de chômage était insuffisant.

Le Comité a constaté que les montants minimaux de ces prestations étaient inférieurs à 40 % du revenu équivalent médian et qu'ils étaient donc insuffisants.

Le Comité relève que, dans leur rapport, les autorités renvoient au rapport du Royaume-Uni sur le Code européen de sécurité sociale et la Convention n° 102 de l'OIT. Selon les autorités, ce rapport traite des non-conformités à la Charte et des informations demandées dans les Conclusions 2017 du Comité.

Le Comité rappelle que chaque rapport national sur l'article 4§1 doit fournir des informations suivantes :

– le champ d'application personnel : proportion de personnes couvertes pour les différents risques de sécurité sociale. En ce qui concerne les soins de santé et les prestations familiales, le rapport doit indiquer le pourcentage de la population couverte. En ce qui concerne les prestations servies en remplacement du revenu (chômage, vieillesse, maladie), il doit indiquer le pourcentage de la population active couverte.

– le caractère suffisant des prestations : le rapport doit indiquer le niveau du revenu équivalent médian et le montant minimum de chaque prestation servie en remplacement du revenu.

En l'absence de ces informations, le Comité renouvelle son précédent constat de non-conformité.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de Royaume-Uni n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte de 1961 aux motifs que :

- le montant des indemnités de maladie est insuffisant ;
- le montant minimum de l'allocation d'emploi et de soutien est insuffisant ;
- le montant des prestations d'incapacité à long terme est insuffisant ;
- le montant des prestations de chômage est insuffisant.

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Royaume-Uni. Le Comité prend également note des commentaires soumis par la Commission écossaise des droits de l'homme, *Amnesty International* et le *Children and Young People Commissioner Scotland* (CYPCS).

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

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

Le Comité souhaite souligner qu'il prendra note de la réponse à la question relative à la covid-19 à titre d'information uniquement, car elle concerne les développements en dehors de la période de référence (i.e. après le 31 décembre 2019). En d'autres termes, les informations mentionnées dans la section covid-19 ci-dessous ne seront pas évaluées aux fins de la conformité à la Charte dans le cycle de rapport actuel.

Dans sa précédente conclusion, le Comité a reporté sa conclusion sur l'article 13§1 de la *Charte* de 1961 dans l'attente de la réception des informations requises.

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

Le rapport indique que le système de protection sociale britannique est composé de prestations de sécurité sociale et de mesures d'assistance sociale qui, ensemble, constituent un filet de sécurité sociale protégeant les plus vulnérables de la société. Le crédit universel (Universal Credit, UC) est une mesure d'assistance sociale universelle qui aide ceux qui peuvent travailler à trouver un emploi en leur assurant un niveau de revenu minimum, et prend en charge ceux qui ne peuvent pas travailler, conformément à l'opinion du Royaume-Uni selon laquelle le travail est la voie la plus efficace pour sortir de la pauvreté. L'UC remplace l'ancien système complexe de six prestations principales (l'allocation pour les demandeurs d'emploi basée sur le revenu, l'allocation pour l'emploi et l'aide liée au revenu, l'aide au revenu, le crédit d'impôt pour le travail, le crédit d'impôt pour les enfants, l'allocation de logement) par un simple paiement mensuel, de la même manière que de nombreux travailleurs sont payés.

Le rapport décrit en outre le système existant dans différentes parties du pays, bien qu'il n'y ait aucune référence à de nouveaux textes législatifs pendant la période de référence.

Selon la Commission écossaise des droits de l'homme, en Écosse, en 2016, le plan d'action pour une Écosse plus juste (FSAP) a été lancé. L'objectif de ce plan était de travailler avec les personnes des communautés ayant une expérience vécue des inégalités et de la pauvreté pour façonner les politiques à venir. Le FSAP définit 50 actions et a abouti à la création d'une commission nationale sur la pauvreté et les inégalités en 2017, dont le rôle principal est de fournir des conseils indépendants et d'examiner les progrès réalisés en matière de pauvreté et d'inégalités. Grâce à la loi de 2017 sur la pauvreté des enfants (Écosse), la Commission est passée à un statut légal à partir de juillet 2019. Les autorités locales et les conseils de santé ont désormais l'obligation légale de fournir des plans conjoints indiquant comment ils s'attaquent à la pauvreté des enfants. Cependant, les

conseils locaux ont subi une réduction du financement en termes réels de près de 10 % entre 2010 et 2018, alors que la demande de services augmente, en particulier de la part d'une population âgée croissante.

Dans son ancienne conclusion (Conclusions 2017), le Comité a demandé de fournir des commentaires complets en ce qui concerne la situation en matière de mauvaise administration et de sanction des prestations, ainsi que les prêts de crise. Le rapport fait référence au rapport sur le code européen de sécurité sociale UK 2020.

En ce qui concerne les sanctions, le gouvernement a indiqué dans son rapport sur le Code européen de sécurité sociale 2020 que si un demandeur ne respecte pas les exigences liées au travail sans raison valable, le montant des prestations sociales doit être réduit pendant une certaine période, conformément aux articles 26 et 27 de la loi sur la réforme de la protection sociale de 2012. Un demandeur ne peut pas se voir appliquer une sanction pour des prestations qui ne concernent pas des exigences de travail (comme les allocations de chômage). Toutefois, si un demandeur a fait l'objet d'une sanction découlant de ses exigences liées au travail et qu'il signale un changement de circonstances, la sanction le suivra et sa prestation continuera d'être réduite. le gouvernement indique qu'il n'y a aucun obstacle à ce que toute personne bénéficiant de la prestation Universal Credit exerce son droit de plainte et de recours.

En ce qui concerne les prêts de crise et les indemnités de difficulté, le rapport indique que l'allocation de logement a été remplacée par le Universal Credit (UC) pour toutes les nouvelles demandes, à l'exception des personnes ayant l'âge de la pension d'État, ou celles qui vivent dans un logement accompagné, protégé ou temporaire. Tous les demandeurs ont droit au Universal Credit dès le premier jour de leur demande, les 7 jours que certains devaient attendre avant le 14 février 2018 ont été supprimés. Les demandeurs peuvent également demander à bénéficier d'un paiement de crédit universel pour couvrir jusqu'à un mois avant le début de leur demande. C'est ce qu'on appelle la "rétroactivité". Il n'est pas possible d'accorder un paiement de Universal Credit dès qu'une demande est faite, car la période d'évaluation doit se terminer avant que l'attribution du Universal Credit puisse être calculée. Des avances sont en place pour garantir qu'un soutien financier soit disponible dès que possible, la plupart des demandeurs pouvant demander une avance allant jusqu'à 100 % du montant mensuel qu'ils sont censés recevoir. Les prêts de crise ne sont plus disponibles, mais un prêt budgétaire peut aider à payer des meubles ou des articles ménagers (par exemple, des machines à laver ou d'autres "produits blancs"), des vêtements ou des chaussures, un loyer anticipé et d'autres coûts. Les personnes en difficulté financière peuvent obtenir de l'aide et des conseils auprès du gouvernement, des conseils locaux et d'autres organisations. Voir ici pour plus de détails sur les autres aides financières. Les demandeurs peuvent également demander une indemnité de précarité s'ils ne peuvent pas payer le loyer, le chauffage, la nourriture ou les besoins d'hygiène parce qu'ils ont été sanctionnés. Ils doivent rembourser cette somme par le biais de leurs paiements de Universal Credit – qui seront plus faibles jusqu'à ce qu'ils remboursent cette somme.

Niveaux de prestations

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

- Prestation de base : le Comité note d'après le MISSOC (dernières données disponibles au 1er juillet 2019) que les allocations personnelles versées à une personne seule de plus de 25 ans s'élevaient à 82 € par semaine en 2019 (en baisse par rapport à 103 en 2015).
- Prestations complémentaires : selon le MISSOC, des primes sont versées, pour les familles, les retraités, les personnes handicapées ou les aidants. Des paiements supplémentaires par le biais de l'allocation de logement pour aider à payer les frais de location ; le montant dépend de la taille et de la localisation du logement. En ce qui concerne la prime de chauffage hivernale, un montant

forfaitaire annuel s'élève à 224 € par an pour les personnes âgées de 79 ans au plus et à 335 € si elles ont 80 ans ou plus. Le paiement pour temps froid est un paiement unique aux personnes recevant des prestations sous conditions de ressources spécifiées, qui s'élevait à 28 € en 2019. Tous ces montants sont inférieurs aux montants versés en 2015. Le Comité note d'après une autre source (<https://www.gov.uk/government/statistics/housing-benefit-caseload-statistics>) que l'attribution hebdomadaire moyenne de l'allocation de logement jusqu'en mai 2018 (dernières données disponibles) s'élevait à 93,35 £ (109,1 €) pour tous les demandeurs (tous les types d'occupation).

- Le seuil de pauvreté le plus actualisé, défini comme 50 % du revenu équivalent médian et tel que calculé sur la base de la valeur de risque de pauvreté d'Eurostat, fait référence à 2018. En 2018, il était estimé à 894,33 €. Il n'y a pas d'informations concernant 2019.

Le Comité tient compte du fait que le niveau d'aide sociale, y compris les suppléments, que peut obtenir une personne seule sans ressources a considérablement diminué au cours de la période de référence. Selon les informations fournies par la Commission écossaise des droits de l'homme, depuis 2010, il y a eu des réformes du plafond des allocations familiales, de la redevance pour sous-occupation, des modifications de l'aide au chômage et du déploiement du crédit universel, avec un impact négatif sur l'exercice des droits à la sécurité sociale et à un niveau de vie suffisant et un impact disproportionné sur les femmes, les enfants et les personnes handicapées. Les organes de traités de l'ONU, en particulier le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, dans ses observations finales sur le sixième rapport périodique de juillet 2016, et le Rapporteur spécial de l'ONU sur l'extrême pauvreté

(<https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=23881>, déclaration du 16 novembre 2018), ont fait part de leurs préoccupations concernant les différents changements introduits par la loi sur la réforme de la protection sociale de 2012 et la loi sur la réforme de la protection sociale et le travail de 2016. Le Comité prend également note du fait que la Commission écossaise des droits de l'homme a soulevé dans ses commentaires que, sur l'ensemble de la population écossaise, 17 % sont exposés au risque de pauvreté absolue (moins de 60 % du revenu médian) et 21 % sont des enfants. Elle n'établit pas combien sont en dessous de 50 %, mais elle affirme que les enfants et les jeunes sont touchés de manière disproportionnée par la pauvreté. Actuellement, près d'un enfant sur quatre (240 000) est officiellement reconnu comme vivant dans la pauvreté en Écosse.

Le Comité note que les chiffres existants montrent que le niveau d'accès à des ressources adéquates a baissé au cours de la période de référence et est maintenant inférieur à 50 % du revenu médian équivalent dans tout le pays. Le Comité considère donc que la situation n'est pas conforme à la Charte. Il demande au prochain rapport d'inclure des informations sur les différentes prestations disponibles en moyenne dans le pays et sur ce qui a été fait pour remédier à l'augmentation du niveau de pauvreté en termes d'accès à une assistance sociale adéquate.

Droit de recours et aide judiciaire

Le Comité avait précédemment demandé, dans ses conclusions de 2017, de fournir des informations actualisées en ce qui concerne le droit de recours et l'aide juridictionnelle, étant donné que le nombre de recours avait considérablement diminué avec les changements introduits en 2013 pour le Universal Credit et le Personal independent Payment. Le Comité a également demandé à être tenu informé des statistiques pertinentes sur les réexamens obligatoires.

Le gouvernement se réfère à son rapport sur le Code européen de sécurité sociale 2020. Il est rappelé que la loi de 2012 sur la réforme de la protection sociale, entrée en vigueur en avril 2013, a été introduite pour faire en sorte qu'un plus grand nombre de litiges concernant

des décisions du Department for Work and Pensions (DWP) puissent être résolus sans qu'il soit nécessaire de saisir le Courts and Tribunals Service (HMCTS). Le DWP réexaminera toutes les décisions avant un appel. Si une personne conteste une décision, elle devra demander au DWP de la réexaminer avant de pouvoir faire appel auprès de l'HMCTS. C'est ce qu'on appelle le "réexamen obligatoire". Le rapport indique qu'il n'existe pas de statistiques spécifiques sur les réexamens obligatoires, mais qu'en 2017-18, 6 308 appels relatifs au Universal Credit ont été reçus par les tribunaux, avec un taux d'annulation de 48 %. En 2018-19, il y a eu 11 684 appels de Universal Credit reçus, avec un taux d'annulation de 58 %. Le gouvernement a informé qu'en 2019/2020, le DWP a pris 161 200 décisions. En ce qui concerne les appels, en 2019-20, 23 450 appels ont été reçus, avec un taux de rejet de 64 %. Une évaluation pilote sur l'impact du réexamen obligatoire devait être menée en 2019-2020, mais le pilote n'a pas encore eu lieu, en raison de Covid-19 selon le rapport. Le Comité demande au prochain rapport de fournir des informations et des statistiques actualisées sur l'impact de ce système.

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 résident légalement sur le territoire

Dans sa précédente conclusion (conclusion 2017), le Comité a posé plusieurs questions. En ce qui concerne l'accès aux prestations pour les ressortissants de l'EEE, il a noté qu'il y avait eu une restriction en raison de l'imposition d'une période d'attente de trois mois et de l'obligation de prouver qu'il existe une véritable perspective de travail après trois mois, ainsi qu'un refus en ce qui concerne l'allocation de logement et le crédit universel. Le Comité a demandé si, pendant la période d'attente de trois mois ainsi qu'en cas d'échec à fournir la preuve d'une véritable perspective de travail après trois mois, les personnes qui se sont également vu refuser le droit à l'allocation de logement et qui ne peuvent pas satisfaire leurs besoins immédiats et les plus essentiels (y compris le logement, le chauffage, la nourriture et l'hygiène) peuvent demander un paiement pour difficultés. Si tel est le cas, le Comité demande en quoi consiste ce paiement. Le Comité a également demandé quelles règles s'appliquent aux ressortissants de pays n'appartenant pas à l'EEE. En outre, le Comité a demandé de fournir des statistiques actualisées sur le nombre de ressortissants étrangers résidant légalement qui ne satisfont pas au critère de résidence habituelle et se voient refuser l'accès aux prestations en raison des restrictions imposées.

En ce qui concerne les citoyens de l'EEE, l'accord de retrait définit les conditions du retrait du Royaume-Uni de l'UE et prévoit un accord sur les droits des citoyens. Conformément aux engagements pris dans le cadre de ces accords, le gouvernement s'est engagé à préserver les droits des citoyens de l'EEE et des membres de leur famille qui résident au Royaume-Uni avant la fin de la période de transition (d'ici le 31 décembre 2020), afin qu'ils puissent continuer à travailler, à étudier et à accéder aux prestations et services dans le pays comme ils le faisaient avant le 31 décembre 2020. Cela inclut le maintien de leur éligibilité à l'accès aux prestations et inclut les paiements pour difficultés.

Le rapport mentionne également des informations pour 2020 et 2021, ce qui est en dehors de la période de référence. Cependant, il n'y a pas de réponse concernant la période d'attente de 3 mois.

Après 2021, tous les ressortissants étrangers seront traités de la même manière, sans distinction entre les citoyens de l'EEE et les autres ressortissants. Cela implique que les ressortissants de pays tiers n'ont pas droit aux prestations ou à l'assistance, sauf si des exemptions s'appliquent, comme le fait d'avoir un statut de réfugié, ou jusqu'à ce qu'ils soient éligibles et obtiennent un permis de séjour indéfini (généralement après 5 années

continues au Royaume-Uni). Les informations sur les demandes de crédit universel qui échouent au test de résidence habituelle (HRT) sont les suivantes : 2016/2017 – 800 demandes échouées ; 2017/2018 – 7 600 demandes échouées et 2018/2019 – 30 700 demandes échouées. Le rapport indique que certaines catégories de personnes peuvent être en mesure de demander la levée de leur condition de non-recours aux fonds publics, si leur situation change et qu'elles deviennent véritablement dans le besoin. Le Comité demande au prochain rapport de fournir des informations sur les personnes qui peuvent avoir accès à cette aide et dans quelles circonstances.

Le Comité considère que la durée de 5 ans de résidence permanente pour l'octroi des prestations d'assistance sociale aux non-nationaux est une durée excessive et non conforme à la Charte de 1961.

Ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire

Le Comité rappelle que les personnes en situation irrégulière doivent avoir un droit juridiquement reconnu à la satisfaction des besoins matériels fondamentaux de l'homme (nourriture, vêtements, logement) dans les situations d'urgence pour faire face à un état de besoin urgent et grave. De même, il appartient aux États de veiller à ce que ce droit soit rendu effectif également dans la pratique (Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) c. Pays-Bas, réclamation n° 86/2012, décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014, §187). Le Comité a demandé dans ses conclusions de 2017 si la législation et la pratique sont conformes à ces exigences.

Le rapport indique que l'aide sociale locale, gérée par les conseils locaux, est une assistance fournie par une autorité locale dans le but de répondre, ou d'aider à répondre, à un besoin immédiat à court terme résultant d'un événement exceptionnel, ou de circonstances exceptionnelles, afin d'éviter un risque pour le bien-être d'un individu. Les autorités locales ont le pouvoir, en vertu de leur "compétence générale" (GPOC) telle que définie dans le Localism Act 2011, de fournir une assistance sociale d'urgence (y compris un logement d'urgence et/ou des paiements de subsistance) aux personnes vivant dans leur région, indépendamment de la nationalité/du statut d'immigration de la personne, lorsque le fait de ne pas fournir d'assistance constituerait une violation de leurs droits de l'homme. Parmi les exemples récents de cas où les autorités locales se sont appuyées sur de tels pouvoirs, on peut citer l'initiative visant à soulager les personnes dormant dans la rue par temps très froid ou l'accueil de tous les sans-abri vulnérables pendant la pandémie de la covid-19.

Les personnes sans statut légal en Angleterre et au Pays de Galles peuvent accéder aux soins secondaires du NHS. Cependant, le règlement sur la tarification impose aux prestataires de soins de santé de facturer et de recouvrer les frais lorsqu'ils s'appliquent. Certains groupes de personnes vulnérables sont exemptés de ces frais pour tous leurs besoins en matière de soins de santé en vertu du règlement sur la tarification, notamment les réfugiés, les demandeurs d'asile, les demandeurs d'asile déboutés, les enfants pris en charge par une autorité locale, les victimes et les victimes présumées d'esclavage moderne. En outre, certains services sont toujours gratuits pour tous les patients, notamment les soins primaires, le NHS et les services d'accident et d'urgence. Certaines conditions sont également exemptes de frais, notamment les traitements pour des maladies infectieuses spécifiées et les traitements requis pour un état physique ou mental causé par la torture, les mutilations génitales féminines, la violence domestique ou la violence sexuelle, sauf dans certaines circonstances, par exemple lorsque le visiteur étranger s'est rendu au Royaume-Uni dans le but de chercher ce traitement. Depuis octobre 2017, en ce qui concerne les traitements pour lesquels aucune exemption ne s'applique, les organismes concernés sont légalement tenus de recouvrer les frais avant le traitement. Cela signifie que le patient doit payer à l'avance et en totalité. Toutefois, lorsqu'un clinicien a déterminé que le besoin de soins d'un patient est urgent ou immédiatement nécessaire, ces soins ne seront jamais retardés ou retenus, quelle que soit la capacité de paiement du patient.

Le Comité demande au prochain rapport de fournir des informations détaillées sur l'assistance sociale d'urgence pour les ressortissants étrangers présents illégalement sur le territoire, également pour l'Écosse.

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

Le rapport contient des informations très détaillées sur les mesures de la pandémie de la covid-19.

En Angleterre et au Pays de Galles, une protection du revenu de base a été offerte aux personnes touchées par la covid-19. Cela comprenait plus de 9,3 milliards de livres sterling de soutien supplémentaire par le biais du système d'aide sociale. L'allocation standard du Universal Credit a été temporairement augmentée de 86,67 £ par mois pendant 12 mois (soit 20 £ par semaine) en plus de l'augmentation annuelle prévue. Cette augmentation supplémentaire signifie que les demandeurs peuvent être jusqu'à 1 040 £ mieux lotis, en fonction de leur situation. Le Royaume-Uni a augmenté les taux de l'allocation de logement locale pour les demandeurs du crédit universel et de l'allocation de logement, de sorte qu'ils couvrent désormais les 30 % les plus bas des loyers locaux ; et le gouvernement a augmenté les plafonds maximums nationaux, de sorte que les demandeurs du centre et du centre-ville de Londres devraient également voir une augmentation de leurs paiements d'aide au logement. En outre, dans toute l'Angleterre, le gouvernement avait déjà augmenté le paiement discrétionnaire pour le logement de 40 millions de livres supplémentaires pour cet exercice financier.

D'autres mesures ont été prises, notamment la suppression des jours d'attente pour les demandeurs touchés par la covid-19, de sorte qu'elle sera payable dès le premier jour de la demande, sous réserve que le demandeur remplisse les conditions normales d'admissibilité ; le traitement de tous les demandeurs qui remplissent les conditions d'admissibilité et qui souffrent de la covid-19 ou qui sont tenus de s'auto-isoler conformément aux directives du gouvernement ou qui s'occupent d'un enfant (ou d'un jeune admissible) qui entre dans l'une ou l'autre de ces catégories, y compris les personnes vulnérables auxquelles le NHS a conseillé de se protéger parce qu'elles courent un risque élevé de maladie grave, comme ayant une capacité de travail limitée, sans avoir à fournir une note d'aptitude ou à subir une évaluation de la capacité de travail, etc. Étant donné que la covid-19 continue d'avoir un impact sur les actions des employeurs et des employés, ainsi que sur les personnes qui cherchent et se préparent à travailler, les exigences liées au travail seront flexibles et adaptées à tout changement en cours, y compris la prise en compte des cas où un demandeur n'est pas en mesure de respecter tous ses engagements mais a fait tout ce qu'il pouvait raisonnablement faire.

La subvention d'assistance d'urgence des autorités locales pour la nourriture et les fournitures essentielles est destinée aux autorités locales d'Angleterre pour soutenir les personnes qui ont du mal à se procurer de la nourriture et d'autres produits essentiels en raison de la covid-19. Ce financement s'ajoute aux 6,5 milliards de livres d'aide supplémentaire que le gouvernement fournit par le biais du système d'aide sociale. En outre, des mesures ont été prises pour s'assurer que les personnes sans ressources soient informées de l'assistance médicale disponible dans le cadre de la covid-19.

En Écosse, le gouvernement écossais a mis à disposition 350 millions de livres sterling pour soutenir les plus vulnérables face à la menace de la covid-19 et a récemment augmenté ce fonds. Le gouvernement écossais a promis 37,6 millions de livres supplémentaires pour aider les enfants éligibles aux repas scolaires gratuits pendant les fermetures d'écoles et les périodes de vacances et a mis à disposition 8 millions de livres supplémentaires pour les paiements discrétionnaires de logement. Paiements.

En Irlande du Nord, le ministère des Communautés a introduit un certain nombre de mesures spécifiques en réponse à la crise de la covid-19. Dans l'île de Man, le rapport indique qu'il n'y a pas eu de cas de la covid-19 jusqu'à présent.

Le Comité prend également note du rapport d'Amnesty International dénonçant la situation concernant l'aide apportée aux personnes âgées pendant la pandémie de la covid-19. Ces informations portant sur des aspects extérieurs à la période de référence, elles seront prises en compte dans le prochain cycle de rapport.

Conclusion

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

- le niveau des prestations d'assistance sociale n'est pas suffisant ;
- l'octroi des prestations d'assistance sociale aux non-nationaux est soumis à une condition de durée de résidence excessive.

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

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

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

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

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

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

Article 14 - Droit au bénéfice des services sociaux

Paragraphe 1 - Encouragement ou organisation des services sociaux

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Royaume-Uni. Il prend également note des informations contenues dans les commentaires d'Amnesty International, enregistrés le 1^{er} juillet 2021, et de la Commission écossaise pour les droits de l'homme, enregistrés le 30 juin 2021.

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

Par conséquent, il se concentrera sur les réponses du gouvernement aux questions ciblées, à savoir 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 XXII-2 (2017)), le Comité a jugé la situation conforme à la Charte. Le rapport ne fait état d'aucun changement dans l'organisation et la fourniture des services sociaux pendant la période de référence. Le Comité prend acte des informations fournies en réponse à ses précédentes questions sur la mise en œuvre de la loi de 2014 relative à la protection sociale dans la pratique et les conséquences de cette réforme pour les usagers des services de protection sociale en Angleterre, sur les conséquences pour les clients/usagers de la mise en place de deux nouveaux organismes publics en Écosse et sur l'impact des nouveaux « Integrated Care Partnerships » sur les usagers des services de protection sociale en Irlande du Nord, confirmant que la situation reste conforme à la Charte de 1961.

En réponse aux questions ciblées, le rapport fournit des informations sur les différentes mesures adoptées pour lutter contre la pandémie de covid-19 en Angleterre, en Écosse, au Pays de Galles, en Irlande du Nord et sur l'Île de Man. Le rapport confirme notamment que les services de protection sociale ont été maintenus en Angleterre, au Pays de Galles, en Irlande du Nord et sur l'Île de Man. Le Comité comprend, d'après le rapport, que les services sociaux ont continué à fonctionner en Écosse aussi.

Le rapport indique notamment qu'après la première vague de la pandémie en Angleterre, les autorités ont chargé un groupe de travail de réfléchir aux moyens de se préparer à l'hiver et à une éventuelle deuxième vague. En septembre 2020, ce groupe de travail a présenté un plan complet en prévision de l'hiver pour le secteur des services sociaux destinés aux adultes, dans lequel il définit les engagements des pouvoirs publics et les attentes des systèmes locaux (le National Health Service et les autorités locales) et des prestataires de soins. Le plan prévoit : i) des mesures visant à réduire le risque d'exposition ; ii) une stratégie nationale de dépistage du personnel et des résidents des maisons de retraite médicalisées ; iii) la fourniture de données aux pouvoirs locaux pour faciliter des réponses locales ; iv) la relation entre le système de soins et le National Health Service ; v) le financement des mesures de lutte contre les infections ; et vi) des mesures de soutien au personnel. Le ministère britannique de la Santé et de la Protection sociale prévoit par ailleurs de mettre en place des équipes de contrôle et de soutien qui seront chargées, le cas échéant, de prendre des mesures rapides et énergiques. Ces équipes travailleront en

partenariat avec les responsables locaux et régionaux pour évaluer les plans locaux, identifier les risques liés à leur exécution et informer régulièrement les autorités centrales, de sorte qu'un soutien puisse être apporté en cas de besoin et que l'élaboration des politiques soit rapide et adaptée au problème dès qu'il se présente. En outre, ces équipes travailleront de manière proactive pour prévenir les épidémies dans les établissements de soins à risque particulièrement élevé et pour prendre des mesures immédiates en cas d'épidémie, en soutenant la réponse locale et en diffusant les résultats des expériences acquises afin qu'ils puissent être intégrés dans les activités futures. Elles travailleront également en étroite collaboration avec la Care Quality Commission en Angleterre et d'autres acteurs clés de la protection sociale et du NHS afin de maximiser l'efficacité des échanges entre les différents groupes. De leur côté, les autorités galloises recueillent actuellement les connaissances acquises jusqu'à présent (sachant que la pandémie n'est pas encore terminée) afin de prévoir des actions en réponse aux crises futures. Elles ont notamment commencé à élaborer un cadre de stabilisation et de reconstruction dans le domaine de l'aide sociale, le but étant de résoudre les problèmes qui ont surgi pendant la pandémie et de créer un secteur plus solide et plus résilient pour l'avenir. Pour limiter la transmission de la covid-19, l'Irlande du Nord a pris plusieurs mesures politiques et pratiques – conseil aux travailleurs sociaux, soutien du personnel, fort soutien aux maisons de retraite et aux services de soins à domicile et fermeture de services tels que les garderies –, ainsi que des mesures pour garantir que les services destinés aux enfants continuent de fonctionner efficacement. Sur l'Île de Man, le ministère de la Santé et de la Protection sociale a maintenu tous les services publics essentiels pendant la crise de la covid-19 ; il a affecté du personnel à d'autres domaines – visites et aide à domicile pour les courses et les soins pendant le confinement – et a soutenu les services supplémentaires fournis par l'hôpital et les maisons de retraite concernant la gestion du contrôle des infections et les modalités de visite conformément aux procédures d'urgence.

Le Comité prend note des préoccupations soulevées par la Commission écossaise des droits de l'homme (SHRC) concernant l'interruption ou la réduction des dispositifs de soins destinés aux personnes handicapées ; selon les données, les aides de 30 % des personnes interrogées ont été supprimées ou réduites. Le Comité constate également que, selon les observations d'Amnesty International, la Care Quality Commission et d'autres organismes de contrôle, dont les médiateurs, ont suspendu leurs visites d'inspection dans les maisons de retraite dès le début de la pandémie, ce qui, combiné à l'arrêt des visites privées et des visites de service, a plongé les personnes vulnérables dans une situation particulièrement difficile. Amnesty International souligne également les problèmes de communication à distance dans les maisons de retraite, ainsi que l'inadéquation des mesures de contrôle des infections ou le non-respect par le personnel des recommandations sanitaires pour lutter contre la covid-19. Le Comité note en outre que l'Association des directeurs des services sociaux pour adultes (Adass) a fait part de ses préoccupations concernant les listes d'attente pour les évaluations de soins et les pénuries de personnel dans les services de soins pendant la pandémie.

Conclusion

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

Article 14 - Droit au bénéfice des services sociaux

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

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport du Royaume-Uni. Il prend également note des informations contenues dans les commentaires d'Amnesty International, enregistrés le 1^{er} juillet 2021, et de la Commission écossaise pour les droits de l'homme, enregistrés le 30 juin 2021.

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

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

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2017), le Comité a jugé la situation conforme à la Charte. Il prend acte des informations fournies en réponse à sa précédente question (voir Conclusions 2017) sur le système de suivi et d'inspection en Angleterre, au Pays de Galles, en Écosse et en Irlande du Nord, qui confirme que la situation reste conforme à la Charte de 1961.

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

Conclusion

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