



European
Social
Charter

Charte
sociale
européenne



Strasbourg, 25 avril 2023

CG(2023)14

CHARTRE SOCIALE EUROPÉENNE COMITÉ GOUVERNEMENTAL

RAPPORT CONCERNANT LES CONCLUSIONS 2021 DU LA CHARTRE SOCIALE EUROPÉENNE (révisée)

(Albanie, Andorre, Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Bosnie-Herzégovine, Chypre, Estonie, Géorgie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, République de Moldavie, Monténégro, Pays-Bas, Macédoine du Nord, Norvège, Portugal, Roumanie, Fédération de Russie¹, Serbie, République slovaque, Slovénie, Suède, Türkiye, Ukraine)

*Rapport détaillé du Comité gouvernemental
établie par l'article 27, paragraphe 3, de la Charte sociale européenne²*

Les informations écrites soumises par les États sur les conclusions de non-conformité relèvent de la responsabilité des États concernés. Ces informations restent rédigées en anglais ou en français, selon les indications fournies par les États.

Traduction automatique

¹ Ces conclusions ont été adoptées alors que la Fédération de Russie était partie contractante à la Charte sociale européenne. Les informations contenues dans le présent document reflètent ce fait. Cependant, par la suite, par décision du 16 mars 2022 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, la Fédération de Russie a cessé ce jour-là d'être membre du Conseil de l'Europe.

² Le rapport détaillé et le rapport abrégé sont disponibles sur www.coe.int/socialcharter.

SOMMAIRE

I.	Introduction 3.....	
II.	Examen des conclusions 2021 du Comité européen des droits sociaux 4	
III.	Examen au titre de l'article 7.....	
<i>Annexe I</i>		
	Liste des participants	125
<i>Annexe II</i>		
	Tableau des signatures et ratifications	137
<i>Annexe III</i>		
	Liste des conclusions de non-conformité examinées oralement suite à la proposition de la Commission.	
	Comité européen des droits sociaux (RESC + ESC)	153
<i>Annexe IV</i>		
	Liste des conclusions différées (RESC + ESC)	154
<i>Annexe V</i>		
	Conclusions 2021 : exemples de progrès dans l'application de la directive sociale européenne	
	Charte relative à la "Santé, sécurité sociale et protection sociale"	155
<i>Annexe VI</i>		
	Recommandations	160

I. INTRODUCTION

1. Le présent rapport est soumis par le Comité gouvernemental de la Charte sociale européenne et du Code européen de sécurité sociale (ci-après le "Comité gouvernemental") composé de délégués de chacun des quarante-trois Etats liés par la Charte sociale européenne de 1961 ou la Charte sociale européenne (révisée). Un représentant de la Confédération européenne des syndicats (CES) assistait aux réunions du Comité gouvernemental avec voix consultative.

2. Depuis une décision des Délégués des Ministres en décembre 1998, les autres Etats signataires ont également été invités à participer aux réunions du Comité gouvernemental (Liechtenstein, Monaco, Saint-Marin et Suisse).

3. Le contrôle de l'application de la Charte sociale européenne repose sur l'examen des rapports nationaux présentés à intervalles réguliers par les Etats parties. Conformément à l'article 23 de la Charte de 1961 tel qu'amendé par le Protocole de 1991, la Partie "transmet des copies de ses rapports [...] à celles de ses organisations nationales qui sont membres des organisations internationales d'employeurs et de travailleurs". Les rapports sont rendus publics sur le site www.coe.int/socialcharter.

4. L'examen du respect de la Charte par les Etats incombe au Comité européen des droits sociaux (article 25 de la Charte), dont les décisions sont consignées dans un recueil de "Conclusions". Sur la base de ces conclusions et de l'examen oral, lors des réunions, des suites données par les Etats, le Comité gouvernemental (article 27 de la Charte) établit un rapport au Comité des Ministres qui peut "adresser à chaque Partie contractante les recommandations nécessaires" (article 29 de la Charte).

5. Conformément à l'article 21 de la Charte de 1961 telle qu'amendée par le Protocole de 1991, les rapports nationaux sur les articles de la Charte relatifs à la santé, à la sécurité sociale et à la protection sociale à présenter en application de la Charte sociale européenne de 1961 et de la Charte sociale européenne révisée concernent l'Albanie, Andorre, l'Arménie, l'Autriche, l'Azerbaïdjan, la Belgique, la Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, République tchèque, Danemark, Estonie, Finlande, France, Géorgie, Allemagne, Grèce, Hongrie, Islande, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, République de Moldova, Monténégro, Pays-Bas, République de Macédoine du Nord, Norvège, Pologne, Portugal, Roumanie, Serbie, République slovaque, Slovénie, Espagne, Suède, Türkiye, Royaume-Uni et Ukraine.³ Les rapports couvrent la période de référence du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2019 et devaient être remis au plus tard le 31 décembre 2020. Il convient de noter que la Belgique, la Bulgarie, la Finlande, la France, la Grèce, l'Irlande, l'Italie et le Portugal avaient l'obligation de soumettre le rapport simplifié non suivi des conclusions du CEDS. Ces pays étant liés par la procédure de réclamations collectives concernant les suites données aux décisions sur le bien-fondé des réclamations collectives dans lesquelles le Comité européen des droits sociaux a constaté une violation, le CEDS a adopté des conclusions à l'égard de ces huit États.

6. Les conclusions 2021 du Comité européen des droits sociaux ont été adoptées en janvier 2022 pour l'Albanie, Andorre, l'Arménie, l'Autriche, l'Azerbaïdjan, la Bosnie-Herzégovine, Chypre, l'Estonie, la Géorgie, la Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, Malte, la Moldavie, le Monténégro, les Pays-

³ États ayant ratifié la Charte sociale européenne révisée avant la fin décembre 2021 : Albanie, Andorre, Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Chypre, Estonie, Finlande, France, Géorgie, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Malte, République de Moldova, Monténégro, République de Macédoine du Nord, Pays-Bas, Norvège, Portugal, Roumanie, [Fédération de Russie], Serbie, République slovaque, Slovénie, Suède, Türkiye et Ukraine. États ayant ratifié la Charte de 1961 avant la fin décembre 2021 : Allemagne, Croatie, Danemark, Espagne, Islande, Luxembourg, Pologne, République tchèque, Royaume des Pays-Bas pour ce qui concerne Aruba, Royaume des Pays-Bas pour ce qui concerne Curaçao, Royaume des Pays-Bas pour ce qui concerne Saint-Martin, Royaume des Pays-Bas pour ce qui concerne la partie caraïbe, et Royaume-Uni.

Bas, la Macédoine du Nord, la Norvège, la Roumanie, la Fédération de Russie, la Serbie, la République slovaque, la Slovénie, la Suède, la Türkiye et l'Ukraine.

7. L'Allemagne et l'Islande n'ont pas soumis leur rapport à temps pour qu'il puisse être examiné par le CEDS. Le Comité gouvernemental rappelle qu'il attache une grande importance au respect des délais par les Etats parties.

8. Le Comité gouvernemental a pris note que la Bulgarie a ratifié 9 dispositions supplémentaires de la Charte révisée, en vigueur depuis le 1er août 2022. Il a également observé qu'à la suite d'une agression sans précédent contre l'Ukraine, la Fédération de Russie a été exclue du Conseil de l'Europe avec effet immédiat le 16 mars 2022 et que le membre russe du CEDS a démissionné. En conséquence, les affaires russes sélectionnées pour l'examen par le Comité gouvernemental en 2022 n'ont pas été examinées. Le Comité gouvernemental a convenu par consensus qu'étant donné les circonstances particulièrement graves pour l'Ukraine, le suivi de leurs conclusions de non-conformité respectives devait être suspendu.

9. Le Comité gouvernemental a tenu deux réunions en 2022 sous une forme hybride - à Strasbourg et en ligne via la plateforme kudo (144e réunion, du 30 mai au 3 juin 2022, 145e réunion du 21 au 25 novembre 2022) sous la présidence de M. Joseph FABER (Luxembourg). M. FABER ayant démissionné au 31 décembre 2022, conformément à son règlement intérieur, le Comité gouvernemental, lors de sa réunion d'automne, a élu pour l'année restante d'un mandat de deux ans (jusqu'au 31 décembre 2023) un nouveau membre du Bureau, M. Edward BUTTIGIEG (Malte). Il a ensuite élu M. Aongus HORGAN (Irlande) à la présidence. La composition du Bureau a été établie comme suit : M. Aongus HORGAN (Irlande) Président, Mme Julie GOMIS (France) et Mme Yvette KALDEN (Pays-Bas), Vice-présidents, Mme Velga LAZDINA-ZAKA (Lettonie), Membre et M. Edward BUTTIGIEG (Malte) Membre.

10. L'état des signatures et des ratifications au 1er mai 2021 figure à l'annexe II du présent rapport.

II. Examen des conclusions 2021 du Comité européen des droits sociaux

11. Le Comité gouvernemental a appliqué le règlement intérieur adopté lors de sa 134e réunion (26 - 30 septembre 2016). Conformément à la décision prise par le Comité des Ministres lors de sa 1196th réunion du 2 avril 2014, le Comité gouvernemental n'a débattu oralement que des conclusions de non-conformité sélectionnées par le Comité européen des droits sociaux.

12. Le Comité gouvernemental a examiné les situations non conformes à la Charte sociale européenne énumérées à l'annexe III du présent rapport.

A. Recommandations proposées

13. Au cours du cycle de contrôle 2022, le Comité gouvernemental a proposé 12 recommandations concernant les articles 3§2, 3§3, 3§4, 11§1, 11§3, 13§1, 14§1, 23 de la Charte révisée et l'article 4 du Protocole additionnel de 1988 à l'égard des pays suivants : Azerbaïdjan, Bosnie-Herzégovine, Danemark, République tchèque, Hongrie, République de Moldova, Pays-Bas, Roumanie et Türkiye. Il a également proposé deux recommandations groupées, l'une concernant l'absence de rapport pour l'Allemagne et l'Islande et l'autre concernant les conclusions répétées dans lesquelles le Comité européen des droits sociaux n'a pas pu établir si la situation nationale était conforme à la Charte (Albanie, Azerbaïdjan, Bosnie-Herzégovine, Malte, Moldavie, République slovaque et Türkiye). Ces deux recommandations groupées ont été adoptées par consensus.

14. Dans les cas de non-conformité suivants, des recommandations ont été adoptées conformément aux règles de procédure : Roumanie (article 3§2), Türkiye (articles 3§3 et 3§4), Azerbaïdjan (articles 11§1 et 11§3), Moldova (articles 11§1 et 11§3), Bosnie-Herzégovine (article 13§1), République tchèque (article 13§1), Hongrie (article 14§1), Danemark (article 4 du Protocole additionnel) et Pays-Bas (article 23).

15. Les recommandations n'ont pas été adoptées à l'égard de la Géorgie (articles 11§1, 11§2, 11§3 et 12§1), de la Roumanie (articles 11§1, 11§3 et 13§1), de l'Arménie (article 12§1), de l'Estonie (article 12§1), de la Hongrie (article 12§1), du Monténégro (article 13§1), de l'Azerbaïdjan (article 14§1), de la Lettonie (article 14§1) et de Malte (article 14§1).

B. Examen des conclusions de non-conformité restantes

16. Le Comité gouvernemental a également examiné d'autres situations de non-conformité avec les dispositions relatives aux thèmes de la santé, de la sécurité sociale et de la protection sociale de la Charte sociale européenne, dont la liste figure à l'annexe II du présent rapport. Il n'a pas été proposé de voter une recommandation concernant l'Estonie (article 3§3), la Lettonie (article 12§1), le Monténégro (12§1 et 13§4), la Roumanie (articles 12§1 et 12§3), l'Arménie (articles 12§3 et 13§1), la Norvège (article 23) et l'Estonie (article 30) à la lumière des informations sur l'évolution de la situation nationale.

17. Le Comité gouvernemental a également pris note des conclusions reportées en raison d'un manque d'informations ou de questions posées pour la première fois, et a invité les Etats concernés à fournir les informations pertinentes dans le prochain rapport (voir la liste de ces conclusions à l'annexe III du présent rapport).

18. Au cours de son examen, le Comité gouvernemental a également pris note de développements positifs importants dans plusieurs Etats parties (voir Annexe IV).

19. Le Comité gouvernemental a proposé au Comité des Ministres d'adopter les résolutions suivantes :

Résolution sur la mise en œuvre de la Charte sociale européenne pendant la période 2016-2019 (Conclusions 2021), dispositions relatives au groupe thématique "Santé, sécurité sociale et protection sociale".

*(adoptée par le Comité des Ministres sur
lors de la réunion des Délégués des Ministres à)*

Le Comité des ministres,⁴

Se référant à la Charte sociale européenne, en particulier aux dispositions de l'article C de sa partie IV ;

Vu l'article 28 de la Charte de 1961 tel qu'amendé par le Protocole de 1991 ;

Considérant les rapports sur la Charte sociale européenne soumis par les Gouvernements d'Albanie, Andorre, Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Danemark, Estonie, Finlande, France, Géorgie, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, République de Moldova, Monténégro, les Pays-Bas en ce qui concerne Aruba, les Pays-Bas en ce qui concerne la partie Caraïbes, les Pays-Bas en ce qui concerne Curaçao, les Pays-Bas en ce qui concerne

⁴ Lors de la 492e réunion des Délégués des Ministres en avril 1993, les Délégués "ont accepté à l'unanimité l'introduction de la règle selon laquelle seuls les représentants des Etats ayant ratifié la Charte votent au Comité des Ministres lorsque celui-ci agit en tant qu'organe de contrôle de l'application de la Charte". Les Etats ayant ratifié la Charte sociale européenne ou la Charte sociale européenne (révisée) sont (1er décembre 2022) :

Albanie, Andorre, Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Chypre, République tchèque, Danemark, Estonie, Finlande, France, Géorgie, Allemagne, Grèce, Hongrie, Islande, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, République de Moldavie, Monténégro, Pays-Bas, République de Macédoine du Nord, Norvège, Pologne, Portugal, Roumanie, Serbie, République slovaque, Slovénie, Espagne, Suède, Türkiye, Ukraine et Royaume-Uni.

Sint Maarten, la République de Macédoine du Nord, la Pologne, le Portugal, la Roumanie, la Serbie, la République slovaque, l'Espagne, la Türkiye, l'Ukraine et le Royaume-Uni ;

Vu l'absence de rapport de l'Allemagne et de l'Islande ;

Considérant les conclusions 2021 et XXII-2 du Comité européen des droits sociaux désigné en vertu de l'article 25 de la Charte de 1961 telle qu'amendée par le Protocole de 1991 ;

Suite à la proposition du Comité gouvernemental établi en vertu de l'article 27 de la Charte de 1961 tel qu'amendé par le Protocole de 1991,

Notant que le Comité gouvernemental a décidé de sélectionner, à la lumière des conclusions du Comité européen des droits sociaux et des rapports des Etats parties et sur la base de considérations sociales, économiques et d'autres considérations de politique générale, les situations qui devraient, à son avis, faire l'objet de recommandations à chaque Etat partie ;

Attire l'attention des gouvernements concernés sur les recommandations adoptées concernant les conclusions 2021 et XXII-2 du Comité européen des droits sociaux, à la suite de propositions du Comité gouvernemental.

Projet de recommandation RecChS(2023)... sur l'application de la Charte sociale européenne par l'Albanie, l'Azerbaïdjan, la Bosnie-Herzégovine, Malte, la Moldova, la République slovaque et la Türkiye (période du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2019) (Conclusions 2021)

(adoptée par le Comité des Ministres le ... 2023, lors de la ... réunion des Délégués des Ministres)

Le Comité des ministres, ⁵

Vu la Charte sociale européenne, et notamment les dispositions de l'article C de sa partie IV ;

Vu l'article 28 de la Charte de 1961 tel qu'amendé par le Protocole de 1991 ;

Considérant les rapports sur la Charte sociale européenne soumis par les gouvernements de l'Albanie, de l'Azerbaïdjan, de la Bosnie-Herzégovine, de Malte, de la Moldavie, de la République slovaque et de la Türkiye ;

Considérant les conclusions 2021 et XXIII-2 du Comité européen des droits sociaux désigné en vertu de l'article 25 de la Charte de 1961 telle qu'amendée par le Protocole de 1991 ;

Vu les conclusions répétées du Comité européen des droits sociaux selon lesquelles il n'a pas pu établir si la situation nationale était conforme à la Charte en vertu de l'article 3.3 (pour Malte et la Moldavie), de l'article 11.3 (pour l'Albanie, l'Azerbaïdjan et la République slovaque), de l'article 13.4 (pour la Türkiye) et de l'article 14.2 (pour la Bosnie-Herzégovine et la Türkiye), étant donné l'absence d'informations suffisantes en dépit des demandes répétées du Comité ;

⁵ dans sa composition limitée aux représentants des États parties à la Charte sociale européenne ou à la Charte sociale européenne révisée.

Vu la non-présentation dans le délai fixé par le Comité gouvernemental de la réponse écrite sur l'évolution de la situation nationale et sur les mesures prises ou envisagées pour la rendre conforme à la Charte ou à la Charte de 1961, selon le cas ;

En s'appuyant sur la Déclaration sur le respect des engagements pris par les Etats membres du Conseil de l'Europe, adoptée par le Comité des Ministres le 10 novembre 1994 lors de sa 95e session, et conformément au mandat statutaire de chaque organe ;

Soulignant qu'il est de la responsabilité première de tout État membre ayant violé ses obligations statutaires de prendre des mesures pour résoudre la situation ;

Rappelant qu'une réponse écrite en temps utile est essentielle pour que le Comité gouvernemental puisse s'acquitter de sa tâche, conformément à l'article 27.3 de la Charte de 1961, à savoir préparer les décisions du Comité des Ministres à la lumière des rapports du CEDS et des Parties contractantes, en motivant ses choix sur la base de considérations sociales, économiques et d'autres considérations de politique générale ;

Suite à une proposition du Comité gouvernemental,

Recommande à l'Albanie, à l'Azerbaïdjan, à la Bosnie-Herzégovine, à Malte, à la Moldavie, à la République slovaque et à la Türkiye :

- se conformer à leur obligation de rapport au Comité européen des droits sociaux,
- respecter les appels à la soumission d'informations dans les délais fixés par le Comité gouvernemental afin d'assurer l'efficacité des discussions lors de ses sessions plénières,
- invitent les Parties contractantes à mettre en place un mécanisme efficace au niveau national, si elles le jugent nécessaire, pour assurer l'exhaustivité et la soumission en temps voulu des rapports au Comité européen des droits sociaux, ainsi que des réponses demandées par le Comité gouvernemental dans le cadre du suivi des conclusions du Comité européen des droits sociaux.

III. EXAMEN PAR ARTICLE 6

CHARTRE SOCIALE EUROPEENNE REVISEE

Article 3, paragraphe 2 - édicter des règlements en matière de sécurité et de santé, en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs

20. Le Secrétariat a rappelé que la première obligation des Etats parties au titre de l'article 3 est d'assurer le droit à des normes de travail sûres et salubres du niveau le plus élevé possible. En vertu du §2, cette obligation implique l'adoption de règlements de sécurité et de santé prévoyant des mesures de prévention et de protection contre les risques sur le lieu de travail. La Charte ne définit pas réellement les risques à réglementer. Le contrôle se fait de manière indirecte, en se référant aux normes techniques internationales en matière de sécurité et de santé au travail, telles que les conventions de l'OIT et les directives de l'Union européenne sur la santé et la sécurité au travail.

21. Le droit interne doit comprendre une législation cadre - souvent le code du travail - qui fixe les responsabilités des employeurs et les droits et devoirs des travailleurs, ainsi que des

⁶ États parties par ordre alphabétique anglais.

réglementations spécifiques. Compte tenu de la nature particulièrement variable de la matière à la lumière des progrès technologiques, ergonomiques et médicaux, les réglementations existantes doivent être adaptées aux nouvelles circonstances lorsque les règles s'avèrent inadaptées à la situation.

22. Tous les secteurs économiques doivent être couverts par la loi-cadre et les règlements. Il n'est pas nécessaire d'adopter un texte spécifique pour chaque activité ou secteur, mais la formulation des textes doit être suffisamment précise pour permettre leur application effective dans tous les secteurs, en tenant compte notamment de l'ampleur ou du degré de dangerosité de chaque secteur. Les secteurs doivent être couverts dans leur intégralité et toutes les entreprises doivent être couvertes, quel que soit le nombre de leurs employés.

23. Aucun lieu de travail, même habité, ne peut être "exempté" de l'application des règles de santé et de sécurité. Les travailleurs employés dans des locaux d'habitation, c'est-à-dire les employés de maison et les travailleurs à domicile, doivent donc être couverts, mais les règles peuvent être adaptées au type d'activité et au caractère relativement peu risqué des occupations de ces travailleurs et être formulées en termes généraux.

24. Les travailleurs indépendants qui interviennent sur plusieurs lieux de travail ne doivent subir aucune discrimination en matière de sécurité et de santé au travail, par rapport aux travailleurs salariés ou aux fonctionnaires, et doivent donc également être couverts par la réglementation.

25. Les règlements doivent être élaborés en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs.

RESC 3§2 ROUMANIE

26. Le CESR a conclu que la situation en Roumanie n'était pas conforme à l'article 3§2 de la Charte au motif qu'il n'a pas été établi que les travailleurs domestiques sont protégés par des réglementations en matière de santé et de sécurité au travail.

27. Le Secrétariat rappelle que le CEDS avait précédemment estimé que la situation n'était pas conforme à cet égard parce qu'il n'avait pas été établi que les travailleurs domestiques étaient couverts par la législation sur la santé et la sécurité au travail (Conclusions 2017). Le CEDS a noté que le représentant du gouvernement a informé le Comité gouvernemental que les travailleurs domestiques étaient exemptés des dispositions de la loi sur la santé au travail, étant donné que cette catégorie de travailleurs n'était pas couverte par les dispositions de la directive 89/391/CEE concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité des travailleurs au travail. Toutefois, la représentante du gouvernement a ajouté que les personnes qui emploient des femmes de ménage ou des nounous ont l'obligation légale de conclure un contrat de travail individuel avec les travailleurs et que, par conséquent, ces travailleurs sont automatiquement couverts par la législation relative à la sécurité et à la sûreté au travail. Le gouvernement est invité à fournir des informations complètes et précises sur la situation dans le prochain rapport, en particulier sur la question de savoir si l'article 5 de la loi sur la santé au travail exclut les travailleurs domestiques de son champ d'application et, dans l'affirmative, s'il existe une autre législation qui garantit leur santé et leur sécurité au travail et comment elle est contrôlée dans la pratique.

28. Le CEDS a observé que les informations fournies dans le rapport n'étaient pas suffisantes pour lui permettre de conclure que les travailleurs domestiques sont couverts par la législation sur la santé et la sécurité au travail. Le CEDS a donc réitéré sa conclusion de non-conformité à l'article 3§2 de la Charte sur ce point.

29. Le Secrétariat a expliqué qu'il s'agissait d'une non-conformité de longue date, remontant à 2003, lorsque le CEDS a conclu que la situation en Roumanie n'était pas conforme à l'article 3§2 de la Charte révisée parce que les travailleurs indépendants et le personnel domestique n'étaient pas couverts par les réglementations en matière de santé et de sécurité au travail. Le problème persiste et dans ses conclusions 2007, 2009, 2013 et 2017, le CEDS reste particulièrement préoccupé par

le fait que les travailleurs domestiques ne sont pas couverts par les réglementations en matière de santé et de sécurité au travail. Le CA a examiné la situation en 2008 (dans le cadre du suivi de la conclusion de 2007), en prenant note des informations fournies et en décidant d'attendre la prochaine évaluation du CEDS. La conclusion de 2009 étant toujours négative, le CA a invité le gouvernement roumain en 2010 à mettre la situation en conformité avec l'article 3§2 de la Charte révisée. En 2014, la Roumanie a fourni des informations sur les modifications législatives, mais aucune décision n'a été prise par le CA. La situation reste inchangée.

30. Le représentant de la Roumanie a présenté les informations suivantes :

"La loi n° 319/2006 sur la sécurité et la santé au travail, telle que modifiée, s'applique aux employeurs, aux travailleurs et aux représentants des travailleurs. Selon l'article 5, le travailleur est défini comme une personne employée par un employeur conformément à la loi, y compris les étudiants, les stagiaires, les apprentis et les autres participants au processus de travail, à l'exception des personnes exerçant des activités domestiques.

Par conséquent, si ces travailleurs sont employés directement par des personnes physiques, sans conclure de contrat de travail individuel ou de contrat de prestation de services, les dispositions de la loi sur la sécurité et la santé au travail ne leur sont pas applicables.

En ce qui concerne le contrat de prestation de services, il est conclu entre deux parties, à savoir le prestataire de services, celui qui s'engage à fournir certains services et le destinataire, moyennant une rémunération.

Le prestataire de services peut être une entreprise, une personne morale, une personne physique autorisée, une association ou une personne physique. Le destinataire ou bénéficiaire peut être une personne physique, une personne morale ou une personne physique autorisée.

Conformément à la décision gouvernementale n° 1425/2006 relative à l'approbation des normes méthodologiques pour l'application des dispositions de la loi sur la sécurité et la santé au travail, pour les travailleurs exerçant des activités sur la base d'un contrat de prestation de services, l'employeur qui reçoit les services doit assurer la formation des travailleurs concernés sur les activités spécifiques, les risques pour leur sécurité et leur santé, ainsi que les mesures et les activités de prévention et de protection.

Les activités de prévention et de protection sont définies sous forme de clauses de sécurité et de santé au travail lors de la conclusion de ce type de contrats.

Une autre situation est celle des personnes qui exercent des activités domestiques en tant que travailleurs pour des employeurs exerçant une activité dans le domaine du travail domestique. Dans ce cas, les dispositions en matière de sécurité et de santé au travail sont prises par ces employeurs, conformément aux dispositions de la loi sur la sécurité et la santé au travail.

En avril 2022, la loi n° 111 sur la réglementation de l'activité des prestataires de services domestiques est entrée en vigueur. Elle régit la manière dont les particuliers peuvent effectuer des activités domestiques en échange d'une rémunération sous la forme de bons d'activité domestique.

La loi définit l'activité domestique comme une activité occasionnelle, non qualifiée, exercée par un travailleur domestique en relation avec le ménage d'une famille ou d'une personne seule en tant que bénéficiaire domestique ; l'activité domestique n'est pas exercée à des fins commerciales et n'est pas exercée au profit de tiers.

L'activité comprend : les services de nettoyage/hygiène, les services de blanchisserie/repassage, les services de couture, les services de préparation des repas, les services de soins personnels, l'alimentation et la surveillance du bénéficiaire dépendant du ménage.

Ainsi, les personnes intéressées par le travail domestique pourront l'effectuer dans des conditions légales, en bénéficiant d'une rémunération équitable pour le travail effectué et d'une assurance dans le système public de sécurité sociale.

Dans le même temps, la loi établit des droits et des obligations tant pour le prestataire domestique que pour le bénéficiaire domestique. Parmi ces droits et obligations, citons les suivants :

-Le travailleur domestique a le droit d'être informé verbalement de l'utilisation des différents ustensiles et/ou appareils fournis par le bénéficiaire pour l'exécution de l'activité domestique, avant l'exécution de l'activité, et a l'obligation d'utiliser de manière appropriée les ustensiles et/ou appareils nécessaires à l'exécution de sa propre activité domestique ou fournis par le bénéficiaire domestique.

-Le bénéficiaire du service domestique a l'obligation d'assurer des conditions appropriées pour la réalisation des activités domestiques et d'informer les travailleurs domestiques de la bonne utilisation des ustensiles et/ou des appareils, s'il les met à disposition pour les activités domestiques ;

Des informations détaillées sur les dispositions de cette loi seront fournies dans le prochain rapport".

31. Le président a noté que les informations fournies ne contenaient pas d'informations concernant la couverture par les réglementations en matière de santé et de sécurité au travail.

32. Le représentant de la Roumanie a confirmé que la situation n'avait pas changé, même si la nouvelle loi constituait un progrès.

33. Le représentant du Royaume-Uni souligne qu'il est disproportionné de couvrir les travailleurs domestiques par des réglementations pénales en matière de santé et de sécurité. Le Secrétariat a souligné le fait que la norme du CEDS ne concerne pas la responsabilité pénale ni la couverture au même niveau que l'employeur professionnel. La conformité peut être assurée par des régimes spéciaux, des mesures de sensibilisation, des assurances et des réglementations spécifiques qui couvriraient la santé et la sécurité.

34. La représentante de la France a souligné l'importance de la question et, tout en reconnaissant les spécificités nationales, a insisté sur la nécessité de maintenir le niveau de santé et de sécurité. Elle a suggéré qu'il pourrait être souhaitable d'ouvrir une discussion au niveau du Comité des Ministres sur la norme de la Charte en ce qui concerne la santé et la sécurité des travailleurs.

35. Le président accepte l'appel à l'application de la méthode de travail, invitant les États parties à examiner une recommandation à la lumière du changement de pratique à cet égard. Il suggère de recommander à la Roumanie d'examiner comment les employés de maison pourraient être protégés par des réglementations en matière de santé et de sécurité. Le Secrétariat indique que lors de la rédaction d'une recommandation, une référence à la nouvelle loi pourrait être faite dans le texte.

36. Le représentant de la Roumanie a admis qu'une recommandation peut être un outil utile pour induire un changement.

37. En conséquence, le Comité gouvernemental a procédé au vote d'une recommandation à cet égard, qui a été adoptée (24 pour, 4 contre et 7 abstentions). Le Secrétariat a été chargé de rédiger le texte de la recommandation en consultation avec l'Etat défendeur. Le texte sera présenté pour information lors de la prochaine réunion.

Article 3, paragraphe 3 - de prévoir l'application de ces réglementations par des mesures de contrôle

38. Le Secrétariat a expliqué que l'objectif de l'article 3§3 est de garantir la mise en œuvre effective du droit à la sécurité et à la santé au travail. Cela implique de suivre l'évolution du nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles, de vérifier l'application de la réglementation et de consulter les organisations d'employeurs et de travailleurs à ce sujet. L'application des règles de sécurité et de santé par des mesures de contrôle s'effectue à la lumière de la partie III, article A§4 de la Charte, selon lequel les États parties doivent maintenir un système d'inspection du travail approprié aux conditions nationales.

RESC 3§3 ESTONIE

39. Le CEDS a conclu que la situation en Estonie n'était pas conforme à l'article 3§3 de la Charte au motif que le système d'inspection du travail concernant la santé et la sécurité au travail était inefficace.

40. Le CEDS a pris note des informations fournies sur les activités des inspections du travail, à savoir que le nombre de travailleurs couverts par les inspections et le nombre de visites ont augmenté. Le nombre d'inspecteurs du travail a augmenté jusqu'en 2017. Il a également reconnu qu'un nouveau système d'information, opérationnel depuis le premier trimestre 2020, permettait à l'inspection du travail de couvrir davantage d'entreprises et de travailleurs lors des inspections et l'aidait à communiquer avec les entreprises plus rapidement et plus efficacement. En outre, le CEDS a noté que la pénalisation basée sur des procédures de délit n'a jamais été l'objectif de l'inspection du travail, au lieu de cela, des amendes sont imposées si la violation a duré longtemps, affecte de nombreux employés ou a mis en danger la vie ou la santé d'une personne et qu'il n'est plus possible d'éliminer la violation.

41. Globalement, le CEDS a estimé qu'étant donné que la loi confie l'enquête sur la plupart des accidents du travail aux employeurs, le système d'inspection du travail n'est pas efficace au regard de l'article 3§3 de la Charte. Il a noté qu'en 2019, seuls 58,5 % de tous les accidents du travail ont été signalés à l'inspection du travail.

42. En ce qui concerne l'évolution historique, le Secrétariat rappelle qu'en 2005 et 2013, le CEDS a reporté ses conclusions, estimant qu'il manquait d'informations essentielles pour évaluer la situation. En particulier, il a réitéré ses demandes d'informations sur les mesures prises pour mettre fin à la diminution du nombre de travailleurs couverts par les visites d'inspection. Dans ses conclusions 2017, il a conclu que la situation en Estonie n'était pas conforme à l'article 3§3 de la Charte au motif que le système d'inspection du travail, dans la mesure où il concerne la santé et la sécurité au travail, était inefficace. Le Comité gouvernemental n'a pas encore examiné le cas.

43. Le représentant de l'Estonie a présenté les informations suivantes :

"Un système d'inspection du travail efficace est une priorité pour le ministère des affaires sociales et pour l'inspection du travail. La nécessité d'un contrôle efficace de l'État pour garantir un environnement de travail sain aux employés et prévenir les accidents du travail est soulignée dans le plan de développement social - une stratégie qui définit les objectifs de la politique du marché du travail, y compris en matière de santé et de sécurité au travail, en Estonie.

La commission demande des informations sur les mesures prises ou envisagées pour garantir l'efficacité des enquêtes sur tous les accidents du travail mineurs en Estonie. Elle demande également si la diminution, en 2019, du nombre de travailleurs couverts par les inspections, du nombre d'inspecteurs, du nombre de visites d'inspection et du nombre moyen d'inspecteurs du travail pour 10 000 salariés, résulte des modifications apportées en 2019 à la loi sur la santé et la sécurité au travail, qui prévoient qu'un employeur n'est pas tenu de signaler les accidents mineurs à l'inspection du travail.

Tout d'abord, nous voudrions souligner que selon la loi estonienne sur la santé et la sécurité au travail, l'employeur a l'obligation première d'enquêter sur un accident du travail. L'employeur a l'obligation d'enquêter sur tous les accidents du travail, y compris les accidents mineurs.

L'inspection du travail a le droit de procéder à des inspections au cours desquelles un inspecteur vérifie si les accidents ont fait l'objet d'une enquête de la part de l'employeur. L'objectif principal de l'enquête de l'inspection du travail est de vérifier si l'enquête menée par l'employeur et les conclusions qui en ont été tirées ont été suffisantes pour prévenir de nouveaux accidents similaires. L'inspection du travail applique des mesures de supervision et de sanction si l'inspecteur constate que l'employeur n'a pas enquêté sur les accidents du travail conformément à la loi. Conformément à la loi sur la santé et la sécurité au travail, l'inspection du travail a le droit d'imposer une amende pouvant aller jusqu'à 32 000 euros en cas d'absence d'enquête sur les accidents du travail.

L'inspection du travail enquête sur tous les accidents mortels et les accidents du travail ayant entraîné une grave atteinte à la santé en raison du non-respect des exigences en matière de santé

et de sécurité au travail. Tous les autres accidents font l'objet d'une enquête si l'inspection du travail le juge nécessaire. L'inspection du travail a également modifié les règles de procédure de l'inspection du travail pour le traitement des accidents du travail et a formulé des critères clairs pour garantir que tous les accidents qui doivent faire l'objet d'une enquête le soient.

Les mesures prises pour réduire le nombre d'accidents du travail et éviter qu'ils ne se reproduisent ne se limitent pas à l'enquête sur les accidents menée par l'inspection du travail. L'inspection du travail, avec l'aide d'inspecteurs-enquêteurs du travail, effectue également des inspections ciblées distinctes, axées sur les systèmes de prévention des accidents du travail mis en place par les employeurs et sur le traitement des accidents du travail dans l'entreprise, afin de mieux garantir les mesures prises par les employeurs pour prévenir les accidents du travail. Lors de ces inspections ciblées, l'inspecteur du travail n'enquête pas sur un accident spécifique, mais vérifie si les mesures indiquées dans le rapport d'enquête sur les accidents du travail pour prévenir des accidents similaires sont mises en œuvre ou si l'enquête a été menée correctement par l'employeur.

En outre, l'inspection du travail analyse les rapports d'accidents du travail qui lui sont soumis par l'employeur et, s'il s'avère qu'aucune évaluation des risques n'a été effectuée dans l'entreprise, la surveillance de l'État est exercée dans cette entreprise. L'inspection du travail dispose d'une vue d'ensemble des entreprises qui n'ont pas effectué d'évaluation des risques, car tous les employeurs ont l'obligation de la lui envoyer.

Nous aimerions également préciser que la diminution du nombre d'inspections en 2019, n'est pas le résultat des amendements à la loi sur la santé et la sécurité au travail concernant la déclaration des accidents du travail à l'inspection du travail. En 2019, l'inspection du travail s'est davantage concentrée sur les petites entreprises et les entreprises ayant plus d'une unité structurelle à travers l'Estonie, ce qui signifie qu'une seule inspection a été comptabilisée dans les statistiques, même si plusieurs lieux de travail ont fait l'objet d'une enquête.

Nous tenons à souligner que l'inspection du travail a mis davantage l'accent sur l'amélioration de la qualité des inspections au cours de la période couverte par le rapport. L'organisation des inspections a changé, par exemple, des équipes sectorielles d'inspecteurs ont été formées pour permettre aux inspecteurs de se spécialiser dans un domaine spécifique d'inspection (par exemple, le secteur de la construction, etc.) et donc d'augmenter la qualité des inspections. En outre, la composante consultative a été ajoutée au processus d'inspection, ce qui signifie que les inspecteurs se concentrent sur la supervision et conseillent l'employeur sur la manière d'améliorer l'environnement de travail au cours des visites sur les lieux de travail.

Outre le contrôle de l'État, l'inspection du travail offre des services de consultation aux employeurs et aux employés, ce qui constitue également une méthode importante pour améliorer l'environnement de travail dans les entreprises et prévenir les accidents du travail.

Afin d'accroître l'efficacité de l'inspection du travail, un nouveau système d'information a été développé par l'inspection du travail, ce qui permet d'accroître l'efficacité de la supervision, d'automatiser la supervision et de gagner du temps. Le nouveau système permet à l'inspection du travail de couvrir un plus grand nombre d'entreprises et de travailleurs lors des inspections et l'aide à communiquer avec les entreprises plus rapidement et plus efficacement.

En outre, les ressources du Fonds social européen sont utilisées pour accroître la capacité de l'inspection du travail à assurer des services de contrôle et de consultation pour les employeurs et les employés au cours de la nouvelle période de financement".

44. Le président souligne que le problème est ancien, puisqu'il remonte à 2005, mais qu'aucune délégation n'a demandé l'application de la méthode de travail.

45. Le Comité gouvernemental a invité les autorités à mettre la situation en conformité avec la Charte et a décidé d'attendre la prochaine évaluation du CEDS.

RESC 3§3 TÜRKIYE

46. Le CEDS a conclu que la situation en Türkiye n'était pas conforme à l'article 3§3 de la Charte pour les raisons suivantes :

- les accidents du travail et les maladies professionnelles ne font pas l'objet d'un suivi efficace ;
- le système d'inspection du travail ne dispose pas de ressources humaines suffisantes pour contrôler de manière adéquate le respect de la législation en matière de santé et de sécurité au travail.

47. En ce qui concerne le premier motif, le CEDS a estimé que, malgré la diminution du nombre d'accidents du travail mortels au cours de la période de référence, les taux d'incidence standardisés de ces accidents restaient extrêmement élevés. Il a également noté l'augmentation significative du nombre d'accidents non mortels (une augmentation de près de 48 % entre 2016 et 2019). Le CEDS a donc estimé que la situation en Türkiye n'était pas conforme à l'article 3§3 de la Charte au motif que les accidents du travail et les maladies professionnelles ne faisaient pas l'objet d'un suivi efficace. Le CEDS a pris note, lors de cette évaluation, de diverses activités menées par le ministère de la Famille, du Travail et des Services sociaux ("Système de gestion de la santé et de la sécurité au travail - pour les petites et moyennes entreprises", séminaires d'information, formation, contrôles périodiques des équipements de travail et visites sur le terrain), ainsi que de la modification du règlement relatif à la santé et à la sécurité au travail dans les travaux de construction et du logiciel "Occupational Exposure Data Package" pour la détection précoce des expositions professionnelles et pour accroître la sensibilisation aux maladies professionnelles.

48. En ce qui concerne les inspecteurs du travail, le CEDS a noté que leur nombre a encore diminué, de même que le nombre de visites d'inspection, alors que, selon les chiffres publiés par la Banque mondiale, la main-d'œuvre totale en Türkiye a augmenté. Le CEDS maintient donc son évaluation précédente selon laquelle le système d'inspection du travail ne dispose pas de ressources humaines suffisantes pour contrôler de manière adéquate le respect de la législation en matière de santé et de sécurité au travail.

49. Le Secrétariat a rappelé que la situation avait déjà conduit à un report en 2009 dans l'attente d'une demande d'informations complètes. En 2013, le CEDS a conclu que la situation n'était pas conforme à l'article 3§3 de la Charte au motif que les mesures visant à réduire le taux excessif d'accidents mortels étaient inadéquates. Dans ses conclusions de 2017, le CEDS a conclu à la non-conformité avec l'article 3§3 de la Charte au motif que non seulement les mesures visant à réduire le nombre d'accidents du travail étaient insuffisantes, mais aussi que le système d'inspection du travail ne disposait pas de ressources humaines suffisantes pour contrôler de manière adéquate le respect de la législation en matière de santé et de sécurité au travail. La situation est restée inchangée et, en 2021, le CEDS a réitéré sa conclusion sur ces deux aspects. Des informations ont été fournies par écrit en 2014, mais le Comité gouvernemental n'a pas examiné le cas.

50. Le représentant de la Türkiye a présenté les informations suivantes :

"En Türkiye, plusieurs activités sont menées en termes d'application de la sécurité et de la santé au travail. Certaines d'entre elles sont présentées ci-dessous. Activités menées entre 2016 et 2019 dans le secteur de la construction : La norme "Système de gestion de la santé et de la sécurité au travail - pour les petites et moyennes entreprises (PME) - secteur de la construction" (TS 13739) préparée pour les lieux de travail de la construction dans le cadre du protocole signé avec l'Institut turc de normalisation (TSI) a été acceptée par le Bureau technique le 6 février 2017 et est entrée en vigueur.

Vision Zéro : Le séminaire "Vision Zéro - Solutions pratiques dans le secteur de la construction" s'est tenu à Istanbul les 23 et 24 mars 2017. Le 13 mai 2017. Dans le cadre de la Vision Zéro, des séminaires d'information d'une journée et des visites sur le terrain ont été organisés dans 33 provinces pour les employeurs, les entreprises de contrôle de la construction et les professionnels de la SST, avec la participation de hauts fonctionnaires du ministère du Travail et de la Sécurité sociale (MoLSS). Symposiums sur la sécurité dans la construction (2017-2018) : En 2017, des

informations techniques ont été partagées à Adana, Bursa, Samsun et İzmir afin de prévenir les accidents du travail et les pertes dues à ces accidents. Lors des symposiums, des experts de grands projets ont apporté leur soutien et des installations d'échantillons d'équipements pertinents ont été réalisées. En 2018, des symposiums sur la santé et la sécurité au travail ont été organisés en coopération avec la Fédération des associations de Gümüşhane (GÜDEF) à Ankara et la Chambre de commerce et d'industrie de Tokat (TSO) à Tokat, respectivement. Règlement modifiant le règlement sur la santé et la sécurité au travail dans les travaux de construction : Le règlement modifiant le règlement sur la santé et la sécurité au travail dans les travaux de construction a été publié dans le journal officiel daté du 31/12/2018 et numéroté 30642 (4). Ainsi, les systèmes de protection des bords temporaires, les plateformes de travail sur pilotis, les filets de sécurité, les lignes de vie conformes aux normes et les conditions minimales de santé et de sécurité en matière d'installation, d'utilisation et de démontage ont été réglementés.

Site web sur la sécurité des travaux de construction : La page web (www.guvenliinsaat.gov.tr) a été lancée afin d'améliorer les connaissances techniques du secteur, de diffuser les bonnes pratiques et d'annoncer efficacement les activités à réaliser. Outre les informations fournies sur de nombreuses activités liées au secteur, en particulier le travail en hauteur, les travaux d'excavation, les travaux de démolition, l'électricité, les équipements de travail, les incendies et l'utilisation des EPI, des guides, des cartes d'information, des affiches, des brochures, etc. sont inclus dans le site web. Séminaires d'information sur la campagne "Travailler en toute sécurité en hauteur" : Le protocole de coopération sur la santé et la sécurité au travail a été signé entre le MoFLSS et l'Union des employeurs de l'industrie de la construction (INTES) le 16/1/2019. L'objectif du protocole est de mener les travaux ensemble afin de prévenir les chutes de hauteur et les pertes dues à ces accidents. Dans ce contexte, des séminaires d'information sur la campagne "Travailler en toute sécurité en hauteur" ont été organisés dans 3 provinces, et les détails techniques des équipements de travail couramment utilisés dans la construction ainsi que des informations sur les méthodes de travail sûres ont été partagés avec les parties. Formations sur le travail en hauteur pour les employés du secteur de la construction : Afin de prévenir les accidents dus aux chutes de hauteur, qui constituent le principal problème du secteur de la construction, un projet de législation a été préparé pour déterminer les procédures et les principes des formations sur le travail en hauteur. Dans le domaine de la SST, des études sont menées pour améliorer les normes de service des personnes et des institutions autorisées par le ministère de la santé et des services sociaux. Dans ce contexte, des formations sont organisées à l'Institut de recherche et de développement sur la santé et la sécurité au travail (İSGÜM), qui est un institut de recherche et de développement affilié au ministère de la santé et des services sociaux, dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail, y compris l'hygiène professionnelle et la santé au travail. D'une part, une formation de base a été rendue obligatoire pour les personnes qui effectuent les contrôles périodiques des équipements de travail. D'autre part, ces personnes sont enregistrées et suivies par le biais d'EKİPNET, une application d'e-gouvernement. Il est également prévu que la formation sur les équipements soit rendue obligatoire dans la période à venir.

D'autre part, l'utilisation active des technologies de l'information a également été priorisée, et des efforts sont menés pour prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles en bénéficiant des applications de transformation numérique. Le "Système de gestion de l'information sur la santé et la sécurité au travail (İBYS)" a été lancé pour guider les opérations en créant la carte des risques SST de la Türkiye. Un protocole de coopération a été signé entre l'"Association des spécialistes du travail et des maladies professionnelles" (İMUD) et le ministère du Travail et de la Sécurité sociale le 04.10.2018. Dans le cadre de ce protocole, il s'agit de :

- Organiser des programmes de formation pour le personnel de la DG SST sur les maladies professionnelles et les maladies liées au travail, - Planifier, mettre en œuvre et réaliser des études scientifiques dans le domaine des maladies liées au travail et des maladies professionnelles, préparer des rapports conjoints, organiser des visites d'étude sur les lieux de travail, - Préparer et publier des documents liés aux sujets de l'activité, les assurer et les distribuer si nécessaire. Le congrès sur les maladies professionnelles s'est tenu du 04 au 06 octobre 2018. Les rotations des étudiants de la spécialisation en maladies professionnelles à l'Institut de recherche et de développement sur la santé et la sécurité au travail (İSGÜM) se poursuivent et des projets d'enquête et de recherche sont menés.

Le "Projet d'amélioration de la santé et de la sécurité au travail sur les lieux de travail dans les secteurs du textile, du cuir, de l'ameublement, de la fabrication de produits alimentaires et de boissons et de la fabrication de produits chimiques (ISGIP 2)" a été mené au cours de la période 2015-2017. Dans le cadre du projet, des activités telles que l'élaboration d'un système de gestion de la santé et de la sécurité au travail, l'évaluation des risques, des études de contrôle des performances, la préparation de plans d'urgence ont été menées dans 20 lieux de travail dans 5 provinces. À la fin du projet, 14 guides pour les secteurs concernés ont été préparés et publiés. "Le projet de recherche sur la santé et la sécurité au travail (ISGAP) a été réalisé entre 2016 et 2018. Le projet visait à analyser la situation actuelle des secteurs de la céramique, des serres, du plastique, de la production de peinture et de l'industrie forestière, à améliorer les conditions de santé et de sécurité au travail des employés de ces secteurs, à prévenir et à détecter rapidement les accidents du travail et les maladies professionnelles, à accroître la sensibilisation à la SST et à contribuer à la création d'une culture de la SST. Le "Projet de développement du système national de diagnostic, de détection, de notification et de surveillance de la pneumoconiose (mines de houille et de lignite)" a été mis en œuvre au cours de la période 2019-2020. Dans le cadre de ce projet, l'atelier sur l'ensemble des données relatives à la pneumoconiose s'est tenu le 25 juin 2019. L'"Ensemble de données sur les pneumoconioses", qu'il est prévu d'intégrer dans le système de gestion de l'information sur la santé et la sécurité au travail (IBYS), a été finalisé. Dans le cadre de l'assistance technique du projet "Amélioration de la santé et de la sécurité au travail dans le secteur minier", la surveillance de la santé de 10 000 employés du secteur minier sera effectuée dans le cadre de normes et de réglementations spécifiques. Formations sur les maladies professionnelles organisées par la DG SST au cours de la période de référence :

- Formation à la classification internationale des radiographies des pneumoconioses de l'OIT (chaque année)
- Introduction à la formation en ergonomie pour les médecins du travail (26.06.2019)
- Dans le cadre de l'ISGAP (Projet de recherche sur la santé et la sécurité au travail) (en novembre 2018), formations données aux professionnels de la santé et de la sécurité au travail dans 5 secteurs (secteur de la culture en serre, secteur de la fabrication de produits en plastique, secteur de la production de peinture, secteur de la céramique, secteur de la fabrication de produits en bois).

En Türkiye, le diagnostic d'une maladie professionnelle peut être posé par tous les médecins des unités de santé de première et deuxième étapes. Après le diagnostic d'une maladie professionnelle, le patient doit être orienté vers les hôpitaux autorisés par le ministère de la santé à émettre un rapport de la commission médicale et un rapport de la commission médicale doit être émis afin de transférer les informations au système de sécurité sociale et de déterminer si la maladie entraîne une perte de capacité de gain dans la profession. Les informations sur les maladies professionnelles sont collectées mensuellement auprès des hôpitaux qui ont publié un rapport du conseil de santé sur les diagnostics de maladies professionnelles depuis 2012. Dans ces hôpitaux, 4 316 maladies professionnelles ont été diagnostiquées et un rapport du conseil de santé a été préparé en 2016, 4 855 en 2017, 5 573 en 2018 et 5 952 en 2019. Aucun cas de maladie professionnelle mortelle n'a été signalé au cours de la période de référence. La direction de l'inspection et du conseil d'orientation effectue des inspections SST programmées et non programmées, en tenant compte des données statistiques des années précédentes, des politiques et des besoins nationaux, ainsi que des risques et des priorités de la vie professionnelle et des ressources. Les inspections programmées, qui nécessitent une coopération étroite avec les travailleurs et les employeurs, ainsi qu'avec les institutions et organisations concernées, sont effectuées à la suite de l'évaluation et de la hiérarchisation des problèmes de la vie professionnelle, afin de vérifier la mise en œuvre de tout ou partie des dispositions de la législation relative à la vie professionnelle dans les domaines ou secteurs spécifiés ou sur les lieux de travail déterminés en ciblant un groupe à risque spécifique.

Les inspections non programmées, quant à elles, sont effectuées sur dénonciation, plainte ou demande reçue par la Direction de l'inspection et du conseil d'orientation. Dans ce contexte, 40 828 inspections ont été effectuées en matière de santé et de sécurité au travail entre le 01.01.2016 et le 31.12.2019, touchant 3 595 606 travailleurs. Suite aux inspections effectuées, il a été décidé de suspendre le travail dans 1.834 lieux de travail et il a été proposé d'imposer une amende administrative de 136.969.231 TL pour 10.530 lieux de travail. Les activités d'inspection du travail

en Türkiye sont menées par les inspecteurs du travail du ministère du travail et de la sécurité sociale conformément à la convention de l'OIT sur l'inspection du travail dans l'industrie et le commerce (n° 81), au décret présidentiel n° 1, à la loi sur le travail n° 4857, à la loi sur la santé et la sécurité au travail n° 6331 et à d'autres dispositions de la législation du travail. Au cours de la période du 01.01.2016-31.12.2019, le ministère du travail et de la sécurité sociale a touché un total de 3 595 606 travailleurs en menant un total de 40 828 inspections en termes de santé et de sécurité au travail. À la suite des inspections effectuées, il a été décidé de suspendre le travail dans 1 834 lieux de travail et il a été recommandé d'imposer une amende administrative de 136 969 231 TL à 10 530 lieux de travail. Par ailleurs, une commission a été créée pour la révision du règlement relatif à la lutte contre les poussières et continue de travailler. Le tableau de la répartition des accidents du travail dans notre pays en fonction des causes d'accidents dans les statistiques de l'institution de la sécurité sociale de 2020 est présenté ci-dessous :

Incident qui a détourné l'événement de son cours normal et a causé l'accident

Incident qui a détourné l'événement de son cours normal et a causé l'accident	Nombre d'accidents
Perte de contrôle (totale ou partielle) d'une machine, d'un équipement de transport ou de traitement, d'un outil à main, d'un objet, d'un animal	54.283
Glissade ou trébuchement - chute, chute de personnes	54.017
Mouvement du corps sans pression physique (entraînant généralement une blessure externe)	32.704
Rupture, explosion, séparation, glissement, chute, effondrement du véhicule matériel	28.189
Mouvement du corps avec ou sous pression physique (entraînant généralement une blessure externe)	16.708
Débordement, basculement, suintement, évaporation, dérive d'émission	14.457
Problèmes électriques, explosion, déviation due à un incendie	3.518
Choc, peur, brutalité, agression, menace	3.415
Autres déviations non répertoriées dans cette classification	177.314
Total	384.605

L'objectif de la loi n° 6331 sur la santé et la sécurité au travail est de régler les devoirs, les autorités, les responsabilités, les droits et les obligations des employeurs et des employés afin de garantir la santé et la sécurité au travail sur les lieux de travail et d'améliorer les conditions actuelles de santé et de sécurité. À cet égard, la loi impose des obligations en matière de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et de prise de mesures de protection contre ceux-ci. Les principales tâches des professionnels de la santé et de la sécurité au travail sont de veiller à ce que des mesures soient prises pour garantir la santé et la sécurité au travail sur leur lieu de travail en suivant l'environnement de travail par le biais de mesures, d'analyses et d'évaluations des risques ; les employés par le biais d'une surveillance de la santé afin de maintenir un environnement de travail sain et sûr.

En cas de situations contraires, si nécessaire, les professionnels de la santé et de la sécurité au travail informent le ministère de la situation. Si l'on évalue la situation sous cet angle, il est clair que la tâche principale des professionnels de la santé et de la sécurité au travail consiste à fournir des conseils et des avis. Il incombe à l'employeur de prendre toutes sortes de mesures concernant la santé et la sécurité au travail, ce qui est clairement énoncé dans la loi. Presque toutes les responsabilités définies dans la loi sur la santé et la sécurité au travail n° 6331 afin de garantir la santé et la sécurité sur le lieu de travail (préparation du plan d'évaluation des risques, préparation du plan d'urgence, surveillance de la santé) doivent être assumées par l'employeur, avec un soutien si nécessaire.

Ces responsabilités sont contrôlées dans le cadre de l'article 24 de la loi et des sanctions administratives sont imposées à l'employeur pour les responsabilités non assumées dans le cadre de l'article 26. La définition légale de la maladie professionnelle est exprimée dans la loi sur la santé et la sécurité au travail n° 6331 comme "maladie résultant de l'exposition à des risques professionnels" et dans la loi sur l'assurance sociale et l'assurance maladie générale n° 5510 comme une maladie si elle survient pour une raison répétitive due à la nature du travail que l'assuré effectue ou travaille ou si la maladie est une maladie temporaire ou permanente, une incapacité physique ou mentale que l'assuré subit en raison des conditions de travail. Dans notre pays, le nombre d'assurés atteints de maladies professionnelles diagnostiquées selon les statistiques SSI 2020 est de 909, et la répartition des maladies professionnelles diagnostiquées dans les statistiques SSI 2020 selon le groupe de diagnostic est indiquée dans le tableau ci-dessous :

Sous-groupe de diagnostic Nombre de maladies professionnelles
Maladies de l'appareil respiratoire 167

Nombre de personnes assurées chez qui une maladie professionnelle a été diagnostiquée après la fin de leur assurance 152
Maladies de l'appareil locomoteur et du tissu conjonctif 54
Maladies de l'oreille et de la protubérance mastoïdienne 34
Maladies du système nerveux 26
Maladies de la peau et du tissu sous-cutané 4
Quelques maladies infectieuses et parasitaires 4
Maladies de l'œil et des annexes 2
Tumeurs malignes et néoplasmes 1
Troubles mentaux et du comportement 1
Une autre maladie qui ne figure pas sur la liste 463
Inconnu 1
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire 0
Maladies de l'appareil circulatoire 0
Maladies de l'appareil digestif 0
Maladies du système génito-urinaire 0

La disposition relative à la surveillance de la santé figurant à l'article 15 de la loi n° 6331 sur la santé et la sécurité au travail est un élément important des services de santé au travail de base. Afin de protéger et d'améliorer la santé des employés grâce à la surveillance de la santé, les examens médicaux et les examens pour la prévention des maladies professionnelles et toutes les études de protection de la santé, y compris l'enregistrement, l'évaluation et la notification de toutes les études, les premiers soins, le traitement d'urgence, la réadaptation et la promotion de la santé, sont fournis. L'une des études réalisées dans ce sens, le "Règlement sur les procédures et les principes des examens médicaux pour la surveillance de la santé des employés", a été préparé en collaboration avec le ministère de la santé et publié au Journal officiel du 20 janvier 2022, sous le numéro 31725. Parmi les pratiques et les études sur les services de santé au travail, le ministère de la santé a commencé à mettre en place un système de gestion de la surveillance pour les services nationaux de santé au travail. Ce système sera compatible avec le système OHS-CLERK grâce au soutien de la direction générale de la santé et de la sécurité au travail du ministère du travail et de la sécurité sociale.

Le projet "Système national de diagnostic, de détection, de notification et de surveillance des pneumoconioses (UPTATBIS) 2021-2022" a été mis en œuvre dans les mines de charbon dur et de lignite. Dans le cadre de ce projet, le livre "Pneumoconiosis in Working Life" a été préparé en organisant des réunions sur les problèmes de pneumoconiose et le développement législatif, ainsi qu'une formation avancée sur la pneumoconiose. En outre, les dossiers médicaux concernant la pneumoconiose sur les lieux de travail ont été examinés. La direction générale de la santé et de la sécurité au travail a préparé et réalisé plusieurs projets de prévention des maladies professionnelles et de mesures de lutte contre les maladies professionnelles. Des guides, des livres, des brochures, des listes de contrôle, des affiches, des algorithmes et d'autres documents similaires ont été préparés et placés sur les sites web [İş Sağlığı ve Güvenliği Araştırma ve Geliştirme Enstitüsü | \(csqb.gov.tr\)](http://is.saglik.gov.tr) et [İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü | İSGGM Yayınlar \(csqb.gov.tr\)](http://is.saglik.gov.tr)

Des modules de formation sur les maladies professionnelles et les mesures de prévention et de protection contre les maladies professionnelles ont été préparés et des formations ont été organisées. Des services de formation, de conseil et d'orientation sont fournis aux institutions et organisations officielles, aux lieux de travail, aux professionnels de la SST, aux chambres professionnelles, aux institutions et organisations d'employés et d'employeurs, aux syndicats et aux ONG, etc. concernant les maladies professionnelles et les mesures de prévention et de protection contre les maladies professionnelles. En outre, des activités conjointes sont menées en coopération avec ces institutions et organisations. Les principaux projets et études menés sur les maladies professionnelles les plus courantes et les secteurs les plus touchés par les maladies professionnelles dans notre pays sont énumérés ci-dessous : - Projet de recherche sur la santé et la sécurité au travail (İSGAP) : Dans le cadre de ce projet, plusieurs activités ont été réalisées, telles que la recherche sur le terrain, l'examen Dans le cadre de ce projet, plusieurs activités ont été réalisées, telles que des recherches sur le terrain, des examens préliminaires, des enquêtes de santé, la surveillance de la santé, des mesures d'hygiène professionnelle, l'énumération des risques,

l'examen des équipements de protection individuelle, des activités éducatives, la préparation de guides de SST pour les secteurs et des activités de publication pour les employés des industries de la céramique, de la peinture, du plastique, de la culture en serre, de l'ameublement et des forêts. - Dans le secteur minier en particulier, dans le cadre du "Projet d'amélioration des conditions de santé et de sécurité au travail (MISGEP)", des activités de surveillance de la santé sont menées. - Dans le domaine de la santé au travail, une formation à l'évaluation des tests de la fonction pulmonaire, une formation à l'évaluation de la radiographie des poumons et une formation à la sensibilisation à la pneumoconiose ont été organisées.

- La direction générale de la santé et de la sécurité au travail du ministère du travail et de la sécurité sociale a contribué à la détermination de la méthodologie et à l'établissement des procédures et principes de mise en œuvre afin de lutter contre les maladies infectieuses en prenant des mesures dans le cadre du projet de ventilation, de chauffage, de refroidissement et d'installation sanitaire dans les bâtiments publics, qui est mené par la direction générale des affaires de construction du ministère de l'environnement, de l'urbanisation et du changement climatique. En ce qui concerne le "Système de gestion de la santé et de la sécurité au travail pour les petites et moyennes entreprises" mentionné dans notre rapport précédent, la norme TS 13739 relative au système de gestion de la santé et de la sécurité au travail a été publiée par l'Institut turc de normalisation afin de définir les exigences du système de gestion de la santé et de la sécurité au travail pour les petites et moyennes entreprises du secteur de la construction, et elle est valable pour tous les lieux de travail de ce secteur. Toutes les exigences de la présente norme relative aux systèmes de gestion de la santé et de la sécurité au travail (SGSST) sont destinées à être intégrées dans tout système de gestion de la santé et de la sécurité au travail (SGSST). Les critères de mise en œuvre évoluent en fonction de certains facteurs tels que la politique de l'entreprise en matière de SST, la nature du travail, les risques et la complexité des activités. Le Comité note qu'en dépit de la diminution du nombre d'accidents du travail mortels au cours de la période de référence, le nombre d'accidents non mortels a augmenté de manière significative. Nous pensons que cela s'explique par l'augmentation des sanctions et de la sensibilisation, ainsi que par l'adoption de la loi, la déclaration plus efficace et le suivi des accidents. En d'autres termes, la période antérieure à la loi était insuffisante pour décrire la situation actuelle des accidents du travail. Comme on le sait, la loi sur la santé et la sécurité au travail est entrée en vigueur le 30 juin 2012. Il faut du temps pour voir le plein effet de la loi. Pendant ce temps, nous avons commencé à tenir nos statistiques plus efficacement dans les normes de l'ESAW. C'est ce qui explique l'augmentation du nombre d'accidents. Ces dernières années déjà, lorsque nous examinons le taux d'accidents du travail pour cent mille salariés, nous constatons que le taux d'augmentation des accidents a diminué et a même commencé à diminuer. L'augmentation du nombre d'accidents du travail après la loi est, en somme, due à des notifications plus efficaces entre 2016 et 2019. Le nombre d'accidents du travail semble avoir augmenté par rapport à la période précédant la loi, car les accidents du travail ont été enregistrés et suivis avec la mise en œuvre de la loi. Des notifications plus efficaces permettent de déterminer les priorités afin de prendre les mesures nécessaires pour prévenir ces accidents. Par ailleurs, le taux d'augmentation a diminué ces dernières années. En effet, le taux d'accidents du travail sur cent mille salariés a été fixé et a pris une tendance à la baisse à partir de 2019. Étant donné que les statistiques montrent maintenant la situation actuelle, l'effet des études sera perçu plus clairement dans un avenir proche".

51. Les représentants de la France ont déclaré que les autorités turques auraient davantage l'occasion d'améliorer leur système de protection des travailleurs grâce à un système d'inspection efficace, si une recommandation en ce sens était adoptée.

52. En conséquence, le Comité gouvernemental a procédé au vote d'une recommandation concernant le premier motif de non-conformité, qui n'a pas été adoptée (avec 3 voix pour, 1 voix contre et 30 abstentions).

53. Le représentant de la France, soutenu par la CES, a indiqué qu'il n'y avait pas eu de vote sur un avertissement dans le cas du Royaume-Uni et que les États devaient donc être traités de la même manière. Toutefois, le simple changement relatif à la prise de décision ne devrait pas être la seule méthode pour réaliser les tâches du Comité et les objectifs de la réforme. Si le Comité

gouvernemental a l'intention d'utiliser les recommandations comme un nouvel outil, il doit également prendre la responsabilité de les adopter et de ne pas donner 30 abstentions. Le représentant de la CES a tenu à préciser que, dans ce cas, le Comité devrait continuer à émettre des avertissements, même s'ils ne constituent pas un outil de suivi.

54. Il a ensuite procédé au vote sur une recommandation pour le deuxième motif de non-conformité, qui a été adoptée (24 voix pour, 2 contre et 10 abstentions).

RESC 3§4 TÜRKIYE

55. Le Comité conclut que la situation en Türkiye n'est pas conforme à l'article 3§4 de la Charte au motif qu'il n'a pas été établi qu'il existe une stratégie visant à fournir progressivement l'accès aux services de santé au travail à tous les travailleurs dans tous les secteurs de l'économie.

56. Le Secrétariat a rappelé que dans la conclusion précédente de 2017, il avait noté que l'entrée en vigueur des articles 6 (services de santé et de sécurité au travail), 7 (subventions publiques aux services de santé et de sécurité au travail) et 8 (médecins du travail et spécialistes de la sécurité au travail) de la loi sur la sécurité et la santé au travail était reportée au 1er juillet 2017 en ce qui concerne les institutions et entreprises publiques employant moins de 50 travailleurs et qui étaient classées comme moins dangereuses. En 2021, le CEDS a observé que l'entrée en vigueur des articles 6 et 7 de la loi concernant les services de sécurité et de santé classés comme moins dangereux était désormais fixée au 31 décembre 2023. Le CEDS a pris note de l'information selon laquelle le report de l'entrée en vigueur des dispositions susmentionnées ne constitue pas un obstacle à la désignation de professionnels de la SST par l'entreprise ou l'institution en cas de besoin. Toutefois, il a estimé qu'en l'absence de disposition légale, rien ne permettait d'établir qu'il existait une stratégie visant à donner progressivement accès aux services de santé au travail à tous les travailleurs dans tous les secteurs de l'économie. Elle réitère sa demande d'informations/explications sur la manière dont les fonctions exercées par le médecin du travail et l'expert en sécurité du travail sont adaptées dans la pratique à toutes les entreprises, en particulier aux petites et moyennes entreprises.

57. Précédé d'un report (2009), le CEDS a conclu en 2013 et 2015 à la non-conformité de la situation au motif qu'il ne pouvait être établi qu'il existait une stratégie visant à instituer l'accès aux services de santé au travail pour tous les travailleurs dans tous les secteurs de l'économie. En 2017, il a de nouveau reporté ses conclusions dans l'attente des informations demandées.

58. Dans le cadre du suivi des conclusions 2013, les autorités ont informé le Comité gouvernemental que des informations supplémentaires seraient fournies dans le prochain rapport national.

59. Le représentant de la Türkiye a présenté les informations suivantes :

"La principale loi dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail est la loi n° 6331 sur la santé et la sécurité au travail. Les dispositions relatives aux services de santé et de sécurité au travail sont mentionnées à l'article 6 de ladite loi. Services de santé et de sécurité au travail ARTICLE 6 - (1) Afin de fournir des services de santé et de sécurité au travail, y compris des activités liées à la protection et à la prévention des risques professionnels, l'employeur doit.. :

a) Désigner des travailleurs comme spécialistes de la sécurité au travail, médecins du travail et autres personnels de santé. Si l'entreprise ne dispose pas d'un personnel suffisamment compétent pour être désigné, l'employeur fait appel à un service commun de santé et de sécurité pour fournir partiellement ou totalement ces services. Pour autant que l'employeur dispose des qualifications et des documents requis, il peut proposer ces services en fonction de la classe de risque et du nombre de travailleurs.

b) répondre aux besoins de moyens, d'espace et de temps pour aider les personnes ou organisations désignées à remplir leurs fonctions.

c) assurer la coopération et la coordination entre toutes les personnes et tous les organismes chargés de fournir des services de santé et de sécurité sur les lieux de travail

d) mettre en œuvre des mesures relatives à la santé et à la sécurité au travail qui sont conformes à la législation et notifiées par écrit par les personnes désignées ou les organisations prestataires de services

e) conserver les dossiers et les informations concernant le travail des employés, les résultats de l'évaluation des risques et l'exposition, les résultats du premier examen médical et des examens médicaux périodiques, les accidents du travail et les maladies professionnelles dans les dossiers médicaux personnels sur le lieu de travail, conformément au principe de confidentialité

f) Contrôler l'accomplissement des tâches spécifiées dans le " Règlement sur la formation, les tâches, les pouvoirs et les responsabilités des médecins du travail et autres personnels de santé " et le « Règlement sur les tâches, l'autorité, la responsabilité et la formation des experts en santé et sécurité au travail » (2) Copies certifiées des dossiers qui doivent être conservés par le médecin du travail et l'expert en sécurité au travail désignés par l'Unité mixte de santé et de sécurité pour fournir des services de santé et de sécurité au travail sur les lieux de travail. (Phrase additionnelle : RG-18/12 / 2014-29209), les dossiers du plan de travail annuel et du rapport d'évaluation annuel, les dossiers des formations en matière de santé et de sécurité au travail sont conservés dans les archives de l'unité mixte de santé et de sécurité et montrés aux agents autorisés pour inspection sur demande. Même s'ils ne sont pas demandés, tous les registres et dossiers sont remis à l'employeur par l'unité mixte de santé et de sécurité à la fin de la période contractuelle. (3) Les USST et les UESST veillent à ne pas perturber le déroulement normal du travail pendant la prestation des services de santé et de sécurité au travail. (4) Les unités mixtes de santé et de sécurité ne peuvent pas transférer tout ou partie des services de santé et de sécurité au travail à une autre personne ou institution. (5) Les contrats concernant les personnes employées par les JHSU sont notifiés à la DG OHS via OHSKATIP dans un délai de cinq jours ouvrables. (6) En cas d'annulation de l'autorisation ou de suspension des activités des JHSU pour quelque raison que ce soit ou si leurs documents sont annulés par la DG OHS, elles doivent envoyer les originaux de leurs documents d'autorisation à la DG OHS dans un délai de 30 jours. (7) (Annexe : RG-18/12 / 2014-29209) Si le gestionnaire responsable de l'UES change ou quitte son poste, le gestionnaire nouvellement désigné doit être nommé par l'UES dans un délai de 30 jours au plus tard par l'intermédiaire de l'OHS-KATIP. Le nombre d'unités mixtes de santé et de sécurité a augmenté de 139 % entre 2013 et 2020. Par rapport à 2014, le nombre d'employés bénéficiant de services de SST a augmenté de 44,26 % en 2020. Dans le cadre de la législation susmentionnée, les experts en sécurité du travail sont tenus de remplir les fonctions suivantes conformément à l'article 9 du règlement sur les fonctions, les pouvoirs, les responsabilités et la formation des experts en sécurité du travail publié au Journal officiel du 29.12.2012 et portant le numéro 28512 :

"Orientation :

1) planifier les travaux, l'organisation et l'exécution du travail, y compris la conception, l'état, l'entretien, le choix des machines et autres équipements et des matériaux utilisés, en fonction du travail effectué et des changements à apporter sur le lieu de travail, et veiller à ce que le choix, la fourniture, l'utilisation, l'entretien, le stockage et les essais des équipements de protection individuelle soient effectués conformément à la législation sur la santé et la sécurité au travail et aux règles générales de sécurité au travail, en formulant des recommandations à l'employeur.

2) Informer l'employeur par écrit des mesures à prendre en matière de santé et de sécurité au travail.

3) enquêter sur les causes des accidents du travail et des maladies professionnelles qui surviennent sur le lieu de travail et faire des suggestions à l'employeur en travaillant sur les mesures à prendre pour éviter qu'ils ne se reproduisent.

4) Enquêter sur les causes d'événements qui se produisent sur le lieu de travail sans causer de décès ou de blessure, mais qui sont susceptibles de nuire à l'employé, à l'équipement ou au lieu de travail, et faire des suggestions à l'employeur.

Évaluation des risques ;

1) *Participer aux travaux et à la mise en œuvre de l'évaluation des risques en matière de santé et de sécurité au travail, faire des suggestions à l'employeur sur les mesures de santé et de sécurité à prendre à la suite de l'évaluation des risques et en assurer le suivi.*

Surveillance de l'environnement de travail ;

1) *Contrôler l'environnement de travail, planifier l'entretien périodique, les contrôles et les mesures qui doivent être effectués conformément à la législation en matière de santé et de sécurité sur le lieu de travail et contrôler leur application.*

2) *Participer aux travaux de prévention des accidents, incendies ou explosions sur le lieu de travail, faire des suggestions à l'employeur à cet égard et suivre les pratiques ; participer à la préparation de plans d'urgence pour des situations telles que les catastrophes naturelles, les accidents, les incendies ou les explosions et surveiller et contrôler la réalisation de formations et d'exercices périodiques à ce sujet ainsi que l'action en conformité avec le plan d'urgence. Éducation, information et enregistrement ;*

1) *Travailler à la planification de la formation des employés en matière de santé et de sécurité au travail conformément à la législation applicable, la soumettre à l'approbation de l'employeur et en faire ou en contrôler l'application.*

2) *Préparer le rapport d'évaluation annuel, qui consigne les résultats des études sur la santé et la sécurité au travail et de la surveillance de l'environnement de travail, en coopération avec le médecin du travail.*

3) *Organiser les activités d'information pour les employés, les soumettre à l'approbation de l'employeur et contrôler leur mise en œuvre.*

4) *Préparer les instructions en matière de santé et de sécurité au travail et les procédures de permis de travail à utiliser le cas échéant, les soumettre à l'approbation de l'employeur et contrôler leur mise en œuvre.*

5) *Communiquer au responsable SST les informations relatives aux questions de santé et de sécurité au travail qui doivent être déterminées par le ministère.*

Coopération avec les unités concernées ;

1) *évaluer les accidents du travail et les maladies professionnelles en collaboration avec le médecin du travail, préparer les plans d'action préventifs nécessaires en effectuant des examens et des recherches afin d'éviter que l'événement dangereux ne se reproduise, et assurer le suivi des pratiques.*

2) *Préparer le plan de travail annuel, qui comprend les activités liées à la santé et à la sécurité au travail à mener au cours de l'année suivante, en collaboration avec le médecin du travail.* 3) *Travailler en coopération avec le conseil de santé et de sécurité au travail dont il est membre,*

4) *Soutenir le travail des représentants des travailleurs et du personnel de soutien et coopérer avec ces personnes". Dans le 9e article intitulé "Devoirs des médecins du travail" du règlement sur les devoirs, les autorités, les responsabilités et la formation des médecins du travail publié au Journal officiel du 20.07.2013 et portant le numéro 28713, les médecins du travail étaient tenus de remplir les devoirs énoncés ci-dessous : "Les médecins du travail travaillent avec d'autres personnels de santé s'ils sont présents sur le lieu de travail.*

Conseils ;

1) *Guider l'employeur en ce qui concerne la surveillance de la santé des employés et la surveillance de l'environnement de travail dans le cadre des services de santé et de sécurité au travail.*

2) *faire des suggestions à l'employeur afin de garantir que la conception du lieu de travail, la planification, l'organisation et la mise en œuvre du travail, y compris les substances utilisées, et le choix de l'équipement de protection individuelle, en ce qui concerne le travail effectué et les changements à apporter au lieu de travail, sont effectués conformément à la législation en matière de santé et de sécurité au travail et aux règles générales en matière de santé au travail.*

3) Conseiller l'employeur sur les activités nécessaires à l'amélioration de la santé des travailleurs sur le lieu de travail.

4) Dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail, participer à la recherche en tenant compte des capacités physiques et mentales des employés en termes de risques ergonomiques et psychosociaux dans la conduite du travail, effectuer des recherches pour assurer l'harmonie entre le travail et l'employé et pour les protéger des facteurs de stress dans l'environnement de travail, et prendre en compte les résultats de ces recherches dans les activités d'orientation.

5) Conseiller les employés sur les besoins nutritionnels et l'eau potable appropriée requis par le travail effectué, en contrôlant et en surveillant en permanence les conditions générales d'hygiène des bâtiments et des annexes du lieu de travail, y compris la cantine, le réfectoire, le dortoir, les crèches et les salles d'allaitement, ainsi que les vestiaires, les douches et les toilettes.

6) enquêter sur les causes des accidents du travail et des maladies professionnelles qui surviennent sur le lieu de travail et faire des suggestions à l'employeur en travaillant sur les mesures à prendre pour éviter qu'ils ne se reproduisent.

7) enquêter sur les causes des incidents susceptibles de nuire à l'employé, à l'équipement ou au lieu de travail, même s'ils ne causent pas de décès ou de blessure, et faire des suggestions à l'employeur.

8) Informer l'employeur par écrit des mesures à prendre en matière de santé et de sécurité au travail.

Évaluation des risques ;

1) Participer aux travaux et à la mise en œuvre de l'évaluation des risques en matière de santé et de sécurité au travail, faire des suggestions à l'employeur sur les mesures de santé et de sécurité à prendre à la suite de l'évaluation des risques et en assurer le suivi.

2) suivre de près et protéger les groupes nécessitant des politiques spéciales, tels que les femmes enceintes ou allaitantes, les personnes âgées de moins de 18 ans, les personnes ayant reçu un diagnostic ou un prédiagnostic de maladie professionnelle, les personnes souffrant de maladies chroniques, les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes souffrant d'alcoolisme, de toxicomanie et de toxicomanie, ainsi que les personnes ayant eu plus d'un accident du travail, et informer ces groupes et leur accorder une attention particulière dans l'évaluation des risques à effectuer.

Surveillance de la santé ;

1) Informer les travailleurs des examens professionnels et périodiques et des examens à effectuer dans le cadre de la surveillance de la santé et obtenir leur consentement.

2) Effectuer une surveillance de la santé des employés, y compris des équipes de nuit.

3) (Amendement : daté du 18/12/2014) Compte tenu des caractéristiques personnelles de l'employé, de la classe de danger du lieu de travail et de la nature du travail, conformément aux résultats de l'évaluation des risques effectuée sur le lieu de travail selon les normes internationales, l'examen périodique est répété au moins une fois tous les cinq ans pour les emplois de la classe la moins dangereuse, au moins une fois tous les trois ans pour les emplois de la classe dangereuse, au plus tard une fois par an pour les emplois de la classe très dangereuse et au moins une fois tous les six mois pour les groupes nécessitant une politique spéciale, tels que les enfants, les jeunes et les travailleuses enceintes. Toutefois, ces périodes sont raccourcies si le médecin du travail l'estime nécessaire.

4) Délivrer le "certificat de recrutement" et le document d'examen médical périodique attestant que les employés sont aptes à occuper le poste qu'ils occuperont, organiser les résultats des examens nécessaires et les conserver sur le lieu de travail.

5) Préparer un rapport en effectuant les examens de santé nécessaires pour le placement approprié des employés tels que les groupes nécessitant des politiques spéciales, ceux ayant un diagnostic ou un prédiagnostic de maladie professionnelle, de maladie chronique, d'abus de substances, et

ceux qui ont eu plus d'un accident de travail, et répéter les examens de santé des autres employés dans l'environnement où la personne travaille, dans le cas d'un employé diagnostiqué avec une maladie professionnelle ou prédiagnostiquée.

6) Déterminer s'il existe une relation entre l'absentéisme au travail dû à des problèmes de santé et les risques pour la santé pouvant survenir sur le lieu de travail, planifier des mesures liées à l'environnement de travail si nécessaire, les soumettre à l'approbation de l'employeur et évaluer les résultats en termes de santé des employés.

7) Soumettre à l'approbation de l'employeur, en recommandant que les personnes qui ne sont pas en mesure de travailler dans leur emploi précédent se voient confier une tâche adaptée à leur état de santé actuel, en procédant à un examen de reprise du travail lors de leur retour au travail après que les employés ont été absents d'un travail répétitif pour des raisons de santé.

8) Fournir la formation nécessaire en matière d'hygiène, veiller à ce que les examens nécessaires soient effectués, ainsi que prévenir la propagation et les études d'immunisation pour le contrôle des maladies transmissibles.

9) enregistrer les études relatives à la surveillance de la santé sur le lieu de travail, procéder à des évaluations des accidents du travail et des maladies professionnelles en coopération avec le spécialiste de la sécurité au travail, préparer les plans d'action préventive nécessaires en effectuant des examens et des recherches afin d'éviter que l'événement dangereux ne se reproduise et préparer le plan de travail annuel, y compris ces questions, et le soumettre à l'approbation de l'employeur, assurer le suivi des demandes et préparer le rapport d'évaluation annuel.

10) (Amendement du 18/12/2014) Vérifier si les rapports médicaux périmés ou non démontrant que les employés envoyés temporairement sur le lieu de travail par un autre employeur et les employés des sous-traitants sont aptes au travail qu'ils effectueront.

Formation, information et inscription ;

1) Travailler à la planification de la formation des employés en matière de santé et de sécurité au travail conformément à la législation applicable, la soumettre à l'approbation de l'employeur et en faire ou en contrôler l'application.

2) Organiser les services de premiers secours et d'intervention d'urgence sur le lieu de travail et la formation du personnel conformément à la législation applicable.

3) Assurer la formation des cadres, des membres du comité d'hygiène et de sécurité au travail, s'il en existe un, et des travailleurs en matière de santé générale, d'hygiène et de sécurité au travail, d'hygiène, d'effets néfastes de l'utilisation de substances addictives, d'équipements de protection individuelle et de méthodes de protection collective, et veiller à la continuité de la formation.

4) Informer les employés des risques sur le lieu de travail, de la surveillance de la santé, de l'emploi et des examens périodiques.

5) Préparer le rapport d'évaluation annuel, dans lequel sont consignés les résultats des études de santé et de sécurité au travail et de la surveillance de la santé, en coopération avec l'expert en sécurité au travail.

6) Communiquer à la direction générale les informations relatives aux questions de santé et de sécurité au travail à déterminer par le ministère, via le système OHS CLERK.

Coopération avec les unités concernées ;

1) En fonction des résultats de la surveillance de la santé, proposer les mesures nécessaires dans le cadre de la surveillance de l'environnement de travail en coopération avec le spécialiste de la sécurité au travail, évaluer les résultats des mesures.

2) Travailler en coopération avec le comité de santé et de sécurité au travail dont il est membre, le cas échéant.

3) Coopérer avec les parties concernées afin de fournir des informations et une formation sur la santé et la sécurité au travail sur le lieu de travail.

4) Participer à l'élaboration de programmes d'amélioration des pratiques existantes, tels que l'analyse des accidents du travail et des maladies professionnelles, les programmes d'amélioration des pratiques de travail, l'évaluation et l'essai de nouvelles technologies et de nouveaux équipements en termes de santé.

5) Travailler en coopération avec les hôpitaux autorisés à émettre des rapports sur les maladies professionnelles conformément au règlement sur la force de travail et la perte de rentabilité dans l'emploi, et coopérer avec les unités concernées dans la réadaptation des travailleurs qui ont eu un accident de travail ou qui ont une maladie professionnelle. et la perte de rentabilité professionnelle, et coopérer avec les services compétents pour la réadaptation des travailleurs victimes d'un accident du travail ou atteints d'une maladie professionnelle.

6) Participer à la recherche dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail.

7) Contribuer avec le spécialiste de la sécurité au travail à la préparation des instructions en matière de santé et de sécurité au travail et des procédures de permis de travail à utiliser le cas échéant.

8) Préparer le plan de travail annuel, qui comprend les activités liées à la santé et à la sécurité au travail à mener au cours de l'année suivante, en collaboration avec le spécialiste de la sécurité au travail.

9) Soutenir le travail des représentants des employés et du personnel de soutien sur le lieu de travail et

coopérer avec ces personnes". Dans les premier et deuxième paragraphes de l'article 6 de la loi sur la santé et la sécurité au travail datée du 20/6/2012 et portant le numéro 6331, il est indiqué que sur les lieux de travail, y compris les institutions publiques, un spécialiste de la sécurité au travail et un médecin du travail peuvent être nommés parmi leurs propres employés.

Il est précisé que s'il n'est pas possible d'employer un spécialiste de la sécurité au travail et un médecin du travail avec cette méthode, tout ou partie de ce service peut être fourni en obtenant des services auprès des unités communes de santé et de sécurité. Institutions et organisations publiques dans le cadre de la loi sur les marchés publics datée du 4/1/2002 et portant le numéro 4734 ; il a été stipulé que les services de santé et de sécurité au travail peuvent être obtenus directement auprès d'organisations disposant de fonds renouvelables appartenant au ministère de la santé, ainsi que dans le cadre des dispositions de la loi n° 4734. En outre, en vertu de l'article 6 de la loi intitulée "Services de santé et de sécurité au travail", adoptée en 2014, les employeurs sont autorisés à fournir des services de santé et de sécurité au travail, à condition qu'ils soient limités à leurs propres lieux de travail comptant moins de 50 employés et appartenant à la catégorie la moins dangereuse. Les questions liées à la mise en œuvre de cette disposition sont régies par le règlement sur les services de santé et de sécurité au travail à effectuer par l'employeur ou le représentant de l'employeur, qui est entré en vigueur après avoir été publié au Journal officiel du 29.06.2015 et portant le numéro 29401. Les questions liées à la capacité de l'employeur/des représentants de l'employeur à effectuer des services de santé et de sécurité au travail sur leur lieu de travail, à l'exclusion des examens d'embauche et des examens et contrôles périodiques, sont incluses dans ledit règlement. Ainsi, il a été possible pour l'employeur ou son représentant d'entreprendre les services de SST à fournir aux employés sur le lieu de travail sans augmenter les coûts des employeurs pour les entreprises relativement petites et moins dangereuses, mais sans faire de concessions en termes de garantie de la santé et de la sécurité des employés. En outre, l'employeur ou le représentant de l'employeur du lieu de travail qui ne possède pas les qualifications spécifiées et les documents nécessaires, mais qui emploie moins de 50 personnes et appartient à la catégorie des entreprises les moins dangereuses, a également la possibilité de fournir des services de santé et de sécurité au travail sur son propre lieu de travail. En outre, aucun obstacle ne s'oppose à ce que le personnel possédant les qualifications appropriées dans une autre institution serve dans d'autres institutions publiques en obtenant son consentement, en donnant l'approbation du cadre supérieur et en effectuant une mission distincte auprès de chaque institution. Ces responsabilités sont contrôlées dans le cadre de l'article 24 de la loi et des sanctions administratives sont imposées à l'employeur en cas de non-respect des responsabilités dans le cadre de l'article 26. Toutefois, la loi

ne prévoit aucune discrimination à l'égard des travailleurs temporaires ou des travailleurs sous contrat à durée déterminée. L'employeur est tenu de fournir des services de santé et de sécurité au travail à tous ses employés. Dans le cadre du principe d'égalité de traitement de la loi sur le travail n° 4857, l'employeur ne peut pas traiter un employé à temps partiel contre un employé à temps plein ou un employé à durée déterminée contre un employé à durée indéterminée.

L'accès de ces travailleurs aux services de santé et de sécurité au travail est assuré par les services de santé et de sécurité au travail que l'employeur est tenu de mettre en place dans le cadre de la loi n° 6331 sur la santé et la sécurité au travail. Par ailleurs, conformément à l'article de la loi sur le travail n° 4857 régissant la relation d'emploi temporaire, l'employeur du lieu de travail où l'employé travaille temporairement est responsable de l'accès de l'employé travaillant sur un lieu de travail aux services de santé et de sécurité au travail. Dans ce contexte, l'accès de ces travailleurs aux services de santé et de sécurité au travail est assuré par les services de santé et de sécurité au travail que l'employeur temporaire est tenu de prendre. Les travailleurs indépendants et les travailleurs domestiques sont exclus du champ d'application de la loi sur la santé et la sécurité au travail n° 6331, comme dans la directive-cadre de l'Union européenne n° 89/391. Ces personnes sont tenues de payer leurs primes d'assurance ou de payer des primes, et elles peuvent s'adresser aux prestataires de services de santé généraux en cas de problèmes de santé rencontrés sur le lieu de travail. L'article 38 de la loi n° 6331 sur la santé et la sécurité au travail, intitulé "Application", stipule : "Article 38 - (1) de la présente loi ; a) (Amendé : 12/7/2013-6495/56 art.) Articles 6 et 7 ;

1) Le 31/12/2023, pour les institutions publiques et les lieux de travail comptant moins de 50 employés et appartenant à la classe la moins dangereuse, à l'exclusion des employés relevant du champ d'application de l'article 81 aboli de la loi sur le travail n° 4857,

2) le 1er janvier 2014 pour les lieux de travail des classes dangereuses et très dangereuses employant moins de 50 personnes,

3) Pour les autres lieux de travail, après six mois à compter de la date de publication, ... entrent en vigueur". Ces dispositions réglementent les dates d'entrée en vigueur des dispositions de la loi. Conformément à l'article 38 de la loi n° 6331, l'obligation de nommer un spécialiste de la sécurité au travail et un médecin du travail a débuté le 1/7/2016 pour tous les lieux de travail des secteurs public et privé entrant dans le champ d'application de la loi. Cependant, la mise en œuvre de la loi n° 6745 et des articles 6 et 7 de la loi n° 6331, publiée dans la Gazette officielle datée du 7/9/2016 et portant le numéro 29824 dans le cadre de l'article 81 aboli de la loi sur le travail n° 4857, a été reportée au 1/7/2017 pour les institutions publiques et les lieux de travail comptant moins de 50 employés et appartenant à la classe de faible danger. La raison en est d'éliminer les problèmes rencontrés dans les institutions publiques, de donner le temps aux lieux de travail d'être assignés parmi leurs propres employés, avec la couverture d'environ 1 million de lieux de travail et 4,2 millions d'employés dans la classe moins dangereuse, y compris les petits commerçants en termes d'économie. Pour des raisons similaires, l'obligation de nommer un spécialiste de la sécurité au travail et un médecin du travail a dû être à nouveau reportée, et avec la loi n° 7033 datée du 18/6/2017, le "1/7/ La phrase "2017" a été remplacée par "1/7/2020". Avec l'effet de la pandémie, des raisons similaires ont constitué la base d'un nouveau report, et l'expression "1/7/2020" a été arrangée en "31/12/2023" avec l'article 10 de la loi n° 7252 datée du 23/7/2020. Dans ce contexte, compte tenu de la situation actuelle, le report au 31 décembre 2023 ne s'applique qu'aux institutions publiques, à l'exclusion de celles qui travaillent dans le cadre de l'article 81 aboli de la loi sur le travail n° 7252, qui couvre les lieux de travail de la classe dangereuse. Il n'y a pas d'étude dans la situation actuelle concernant la réduction de la période déterminée. La loi prévoit de nombreuses obligations, outre l'affectation d'un spécialiste de la sécurité au travail et d'un médecin du travail. Par exemple, les obligations telles que l'évaluation des risques, les plans d'urgence, la lutte contre les incendies, la surveillance de la santé, la notification des accidents du travail, la formation des employés en matière de santé et de sécurité au travail, l'information des employés, la désignation d'un ou de plusieurs représentants des employés, l'établissement d'un comité de santé et de sécurité au travail, n'ont pas été reportées. En principe, depuis le 30/12/2012, les employeurs doivent remplir de nombreuses obligations prévues par cette loi et d'autres lois et règlements similaires. Le non-respect des obligations de l'employeur entraînera des amendes administratives, notamment en vertu de l'article 26 de la loi. Outre ces questions fondamentales, il existe des obligations pour les employeurs dans le cadre du règlement

et du communiqué, qui sont des sous-règlements de la loi. Toutefois, bien que l'application des articles 6 et 7 de la loi n° 6331 ait été reportée, on considère qu'il n'y a pas d'obstacle pour les employeurs à employer des professionnels de la santé et de la sécurité au travail en cas de demande ou de besoin. En outre, le règlement sur les fonctions, les pouvoirs et les responsabilités des spécialistes de la sécurité au travail a été publié au Journal officiel du 29/12/2012, sous le numéro 28512, afin de réglementer les qualifications, la formation et la certification, les fonctions, les pouvoirs et les responsabilités des spécialistes de la sécurité au travail travaillant dans les services de santé et de sécurité au travail, ainsi que les procédures et les principes de travail. Les descriptions de poste des spécialistes de la sécurité au travail ont été déterminées dans le cadre de la législation susmentionnée.

Comme on le sait, le report prévu au sous-paragraphe (1) du premier alinéa (a) de la première clause de la loi n° 6331 s'applique aux institutions publiques, à l'exclusion des employés relevant de l'article 81 aboli de la loi sur le travail n° 4857, et de celles comptant moins de 50 employés et appartenant à la classe la moins dangereuse. Les obligations légales ont commencé à s'appliquer à tous les lieux de travail, à l'exception de l'institution/l'organisation/les lieux de travail mentionnés.

Dans ce contexte, le report dans les institutions publiques n'est lié qu'à l'emploi de professionnels. L'évaluation des risques sur le lieu de travail, la formation des employés en matière de santé et de sécurité au travail, l'élaboration de plans d'urgence, la surveillance de la santé et d'autres obligations similaires de l'employeur sont en vigueur. En outre, pendant le report, des dispositions alternatives sont incluses dans la législation concernant la fourniture de services de SST sur le lieu de travail, sans l'obligation de nommer un professionnel de la SST. On considère qu'il n'y a pas d'obstacle pour les employeurs à employer des professionnels de la SST s'ils en font la demande ou s'ils en ont besoin. Grâce à ce report, les institutions publiques et les lieux de travail comptant moins de 50 employés, tels que les épicerie, les agences immobilières et les cabinets d'avocats, peuvent fournir ces services sans devoir recourir à des services externes en matière de santé et de sécurité au travail au cours de cette période de trois ans, en suivant les formations dispensées par les institutions, les organisations et les universités qui ont signé un protocole avec le ministère. S'ils réussissent l'examen, ils pourront s'acquitter eux-mêmes de cette tâche. Ainsi, dans les lieux de travail inclus dans ce champ d'application, trois ans ont été accordés à l'employeur ou au représentant de l'employeur pour recevoir une formation. En outre, les services peuvent être obtenus auprès des médecins du travail pour les examens de santé et d'emploi inclus dans les services de SST que l'employeur ou ses représentants doivent entreprendre, ainsi qu'auprès des prestataires de services de santé publique ou des médecins de famille dans le cadre du champ d'application de la loi. Dans le onzième plan de développement, qui est un document politique de base au niveau national, préparé dans notre pays et pour la période (2019-2023), les politiques et mesures suivantes sont prévues pour la santé et la sécurité au travail. Dans le 576e article du Plan de développement, la politique nationale dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail a été définie comme "la mise en œuvre des pratiques visant à accroître la qualité et l'efficacité des services fournis dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail". Afin de mettre en œuvre cette politique, cinq mesures stratégiques de base ont été proposées. Ces mesures se concentrent brièvement sur l'utilisation des données relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles à des fins de prévention, sur le renforcement de la coopération et du dialogue social avec les partenaires sociaux, sur l'amélioration du respect des normes de santé et de sécurité au travail dans les équipements de travail, sur le renforcement des ressources humaines par la formation, l'inspection et la réglementation, et sur l'amélioration de la qualité des services :

- 576.1. Un système sera développé pour assurer le transfert des données collectées par les différentes institutions liées à la santé et à la sécurité au travail vers une base de données unique, pour déterminer les données à obtenir sur les lieux de travail et pour utiliser toutes ces données en mettant l'accent sur la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

- 576.2. Des formations, des séminaires et des activités d'information seront organisés avec les institutions publiques concernées, les universités, les syndicats et les ONG pour le développement et la diffusion d'une culture de la santé et de la sécurité au travail.

- 576.3. Des études seront menées pour mettre les équipements de travail en conformité avec les normes de santé et de sécurité au travail et la production nationale sera encouragée.

- 576.4. L'établissement de normes et de qualifications professionnelles, qui constituent la base des programmes de formation dans les domaines dont le marché a besoin ; en documentant les connaissances, les aptitudes et les compétences de la main-d'œuvre, on s'assurera que les accidents du travail sont réduits et que la main-d'œuvre acquiert des qualifications.

- 576.5. La qualité et la qualité des services seront améliorées grâce à des inspections et des réglementations efficaces des institutions autorisées dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail ; des critères de mesure et d'évaluation seront élaborés pour la formation des professionnels de la santé et de la sécurité au travail. Les actions stratégiques à mener pour mettre en œuvre notre politique nationale et les mesures connexes dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail, telles que définies dans le plan de développement, ont été déterminées. Elles sont suivies au niveau national. Les actions déterminées dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail dans le cadre du plan d'action présidentiel sur une base annuelle sont suivies au niveau national. En outre, 6 actions supplémentaires sont incluses dans le plan stratégique préparé au niveau du ministère".

60. Le représentant de la CES a noté que la législation nécessaire existe et que, bien que le premier report soit compréhensible, il y a eu un deuxième report jusqu'à la fin de 2023. Il pourrait être envisagé d'inciter le gouvernement à examiner la possibilité de modifier la date du report. Le représentant des Pays-Bas soutient la proposition de recommandation à l'intention de la Türkiye sur cette question.

61. Le Comité gouvernemental a adopté une recommandation par 28 voix pour, 1 voix contre et 7 abstentions.

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Article 11§1 - supprimer autant que possible les causes de la mauvaise santé ;

62. Le Secrétariat a rappelé qu'en vertu de l'article 11§1, en vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec des organisations publiques ou privées, des mesures appropriées visant notamment à supprimer, dans la mesure du possible, les causes de mauvaise santé .

Droit au meilleur état de santé possible

63. L'article 11 consacre le droit au meilleur état de santé possible et le droit d'accès aux soins de santé. Il impose une série d'obligations positives et négatives. Le titre de l'article - "le droit à la protection de la santé" - indique clairement que les obligations des États en vertu de cette disposition ne se limitent pas à garantir la jouissance du droit de bénéficier de toute mesure positive et proactive de l'État permettant de jouir du meilleur état de santé possible (telle que la garantie d'un accès égal à des soins de santé de qualité). La notion de protection de la santé comprend plutôt l'obligation pour l'État de s'abstenir d'entraver directement ou indirectement la jouissance du droit à la santé.

64. Cette interprétation de l'article 11 est cohérente avec la protection juridique offerte par d'autres dispositions internationales importantes en matière de droits de l'homme liées à la santé.

65. Les États parties doivent assurer le meilleur état de santé possible à la population en fonction des connaissances existantes. Les systèmes de santé doivent répondre de manière appropriée aux risques sanitaires évitables, c'est-à-dire ceux qui peuvent être maîtrisés par l'action humaine. Les principaux indicateurs sont l'espérance de vie et les principales causes de décès. Ces indicateurs doivent s'améliorer et ne pas être trop éloignés de la moyenne européenne. La mortalité infantile et maternelle est un bon indicateur du fonctionnement du système de santé d'un pays. Il s'agit de

risques évitables et toutes les mesures doivent être prises, en particulier dans les systèmes de soins de santé très développés, pour réduire ces taux à un niveau aussi proche que possible de zéro. Les taux élevés de mortalité infantile et maternelle dans plusieurs pays constituent un problème récurrent de non-conformité au titre de cette disposition. Lorsqu'ils sont examinés conjointement avec d'autres indicateurs de santé de base, ces taux révèlent des faiblesses dans le système de santé.

Droit d'accès aux soins de santé

66. Le système de santé doit être accessible à tous.

67. Le droit d'accès aux soins exige que

- le coût des soins de santé devrait être supporté, au moins en partie, par la communauté dans son ensemble ;
- le coût des soins de santé ne doit pas représenter une charge excessivement lourde pour l'individu. Les paiements directs ne doivent pas constituer la principale source de financement du système de santé. Des mesures doivent être prises pour réduire la charge financière des patients issus des couches les plus défavorisées de la population ;
- Les dispositions relatives à l'accès aux soins ne doivent pas conduire à des retards inutiles dans la fourniture de ces derniers. La gestion des listes d'attente et des délais d'attente dans les soins de santé est examinée à la lumière de la Recommandation (99)21 du Comité des Ministres sur les critères pour une telle gestion. L'accès au traitement doit être basé sur des critères transparents, convenus au niveau national.
- le nombre de professionnels de la santé et les équipements doivent être adéquats. Les conditions de séjour dans les hôpitaux, y compris les hôpitaux psychiatriques, doivent être satisfaisantes et compatibles avec la dignité humaine.

68. En outre, le CEDS considère que tout traitement médical sans consentement éclairé soulève nécessairement des questions au regard de l'article 11 de la Charte de 1961.

RESC 11§1 AZERBAÏDJAN

69. Le CEDS a conclu que la situation en Azerbaïdjan n'était pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif que :

- les mesures prises pour réduire la mortalité infantile et maternelle ont été insuffisantes ;
- les dépenses publiques de santé sont trop faibles ;
- il n'a pas été établi que la prestation de soins de santé n'est pas soumise à de longs délais d'attente.

70. Le Secrétariat a rappelé qu'en ce qui concerne le premier motif, dans sa conclusion précédente (2017), le CEDS a estimé que la situation n'était pas conforme à l'article 11§1 au motif que les mesures prises pour réduire la mortalité infantile et maternelle ont été insuffisantes. En 2021, le CEDS a pris note des différents programmes initiés et réalisés au cours de la période de référence. Il a toutefois constaté que la situation ne s'était pas améliorée de manière significative depuis la période de référence précédente. Compte tenu des taux élevés de mortalité maternelle et infantile, ainsi que de l'espérance de vie toujours faible, il réitère sa conclusion de non-conformité sur ce point.

71. Le deuxième motif de non-conformité a également été repris de la conclusion de 2017 (les dépenses de santé publique étaient trop faibles). Bien que les données fournies par le rapport 2021 indiquent une augmentation du montant des dépenses de santé sur la période 2018-2020 en Azerbaïdjan, le CEDS a noté que les dépenses de santé en pourcentage du PIB avaient diminué depuis la période de référence précédente et qu'elles restaient nettement inférieures à celles d'autres pays européens. Le Comité a donc réitéré sa conclusion de non-conformité sur ce point.

72. En ce qui concerne le droit d'accès aux soins de santé, le CEDS a rappelé qu'il exige également que les modalités d'accès aux soins n'entraînent pas de retards inutiles dans leur fourniture

(conclusions XX-2 (2013), Pologne). En ce qui concerne les délais d'attente, le CEDS a demandé à plusieurs reprises des informations sur les règles qui s'appliquent à la gestion des listes d'attente et des statistiques sur les délais d'attente moyens dans les soins de santé (conclusions 2009, 2013 et 2017). En l'absence de telles informations dans le rapport 2021, le CEDS a conclu que la situation n'était pas conforme à la Charte au motif qu'il n'avait pas été établi que la fourniture de soins de santé n'était pas soumise à de longs délais d'attente.

73. Le premier motif de non-conformité (le taux de mortalité infantile et maternelle et l'insuffisance des mesures visant à le réduire) remonte à 2009 (2009, 2013 et 2017). Dans ses conclusions de 2013 et 2017, le CEDS a également conclu que les dépenses publiques de santé, en termes absolus et en pourcentage du PIB, étaient trop faibles.

74. En 2014 (en ce qui concerne les conclusions de 2013), le CA a pris note des informations et des explications fournies et a décidé d'attendre la prochaine évaluation du CEDS.

75. Le CA a examiné la situation en 2017 pour les deux motifs de non-conformité. Il a procédé à un vote d'abord sur une recommandation qui n'a pas été adoptée (0 pour), puis sur un avertissement qui a été adopté (17 pour, 1 contre, 18 abstentions). La CG a exhorté l'Azerbaïdjan à prendre des mesures pour réduire les taux de mortalité infantile et juvénile et pour augmenter les fonds publics alloués à la santé, et ainsi mettre la situation en conformité avec l'article 11§1 de la Charte.

76. Le représentant de l'Azerbaïdjan a présenté les informations suivantes :

"La population de la République d'Azerbaïdjan est passée de 10 152 829 personnes en 2021 à 10 160 648 personnes en février 2022. La croissance démographique joue un rôle important dans l'augmentation de diverses maladies. Le nombre de patients cancéreux enregistrés en Azerbaïdjan est passé de 54 403 en 2020 à 58 948 en 2021. Cependant, il est nécessaire d'examiner les indicateurs démographiques : l'augmentation du nombre de cancers va de pair avec la croissance de la population du pays. L'application de méthodes modernes d'examen, les nouvelles méthodes de traitement ont un effet positif à la fois sur la détection à temps du cancer et sur le traitement de ces patients. L'espérance de vie à la naissance en 2021 était de 73,6 ans, dont 71,3 ans pour les hommes et 75,9 ans pour les femmes. L'incidence des grossesses chez les adolescentes en Azerbaïdjan est en constante diminution, même si le rythme de cette diminution est lent. Cela est dû au renforcement des programmes de sensibilisation à la santé génésique des adolescentes et à l'amélioration de la législation. Au cours des cinq dernières années, les organisations de santé publique et le ministère de l'éducation ont étendu le programme extrascolaire d'éducation à la santé génésique à plus de 50 000 enfants de la sixième à la huitième année et ont introduit huit heures de cours basés sur le programme à tous les enfants de la septième et de la huitième année dans le système scolaire. L'application mobile spéciale a été développée et est actuellement promue par le ministère de la santé auprès des enfants et de leurs parents, et le nouveau portail web d'éducation à la santé est en cours de développement pour inclure diverses informations sur la santé reproductive des enfants et des adolescents, la grossesse chez les adolescentes, les mariages d'enfants et un mode de vie sain en général. Le ministère de la santé et ses agences continuent également à sensibiliser aux pratiques sexuelles sûres afin de prévenir les grossesses non désirées et les maladies sexuellement transmissibles/VIH, ainsi qu'à accroître l'utilisation de méthodes contraceptives modernes. L'État d'Azerbaïdjan garantit l'égalité des droits et des libertés à tous, indépendamment de la race, de l'ethnie, de la religion, de la langue, du sexe ou de l'origine ; en outre, le droit à l'immunité personnelle est un droit constitutionnel fondamental. L'État ne restreint pas le changement de sexe d'un citoyen. Tous les citoyens de la République d'Azerbaïdjan ont droit à des soins de santé sans entrave et à un accès gratuit aux services de santé".

77. Le président a souligné que le problème est ancien, notamment en ce qui concerne le premier motif de non-conformité.

78. La représentante de l'Irlande a demandé des données plus détaillées concernant les délais d'attente, que l'Azerbaïdjan s'est engagé à soumettre au Comité gouvernemental. Le Président suggère alors que ces informations soient fournies dans le prochain rapport.

79. La présidente a également déclaré que pour les deux autres motifs de non-conformité, une recommandation devrait être adressée aux autorités pour qu'elles s'attaquent aux problèmes de la mortalité élevée et des dépenses de santé publique.

80. En conséquence, le Comité gouvernemental a adopté une recommandation sur le premier motif de non-conformité (avec 23 voix pour, 2 contre et 8 abstentions). Il a ensuite procédé au vote d'une recommandation sur le deuxième motif de non-conformité, qui n'a pas été adoptée (1 voix pour, 4 voix contre et 21 abstentions).

81. Le Comité gouvernemental a invité les autorités à prendre toutes les mesures nécessaires pour rendre la situation conforme à la Charte.

RESC 11§1 GEORGIA

82. Le CEDS a conclu que la situation en Géorgie n'était pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif que :

- les mesures prises pour réduire la mortalité infantile et maternelle ont été insuffisantes ;
- il n'a pas été établi que la prestation de soins de santé n'est pas soumise à des retards inutiles.

83. En ce qui concerne la mortalité maternelle et infantile, le secrétariat a expliqué que le CEDS avait pris note des réformes engagées et des mesures prises pour la réduire. Il a toutefois noté que la situation ne s'était pas améliorée de manière significative à cet égard depuis la période de référence précédente. Compte tenu des taux élevés de mortalité maternelle et infantile, ainsi que de la faiblesse persistante de l'espérance de vie, le CEDS a estimé que les efforts entrepris dans ce domaine étaient insuffisants et a donc réitéré son constat de non-conformité sur ce point.

84. Dans sa conclusion précédente, le CEDS a rappelé que le droit d'accès aux soins de santé exigeait également que les modalités d'accès aux soins n'entraînent pas de retards inutiles dans leur fourniture (conclusions de 2017). Le CEDS a demandé à plusieurs reprises des informations sur les règles qui s'appliquent à la gestion des listes d'attente et des statistiques sur les temps d'attente moyens dans les soins de santé (Conclusions 2013 et Conclusions 2017). En l'absence de telles informations dans le rapport, le CEDS a conclu que la situation n'est pas conforme à la Charte au motif qu'il n'a pas été établi que la fourniture de soins de santé n'est pas soumise à des retards inutiles.

85. Le Secrétariat a rappelé que l'insuffisance des mesures visant à réduire la mortalité infantile et maternelle constitue une non-conformité de longue date. En 2009, le Comité a conclu que la situation en Géorgie n'était pas conforme à l'article 11§1 de la Charte révisée au motif qu'il n'avait pas été établi que les mesures prises pour réduire les taux de mortalité infantile et maternelle, qui étaient nettement plus élevés que dans d'autres pays européens, étaient adéquates. Dans les conclusions 2013 et 2017, la non-conformité concernant l'insuffisance des mesures prises pour réduire la mortalité infantile et maternelle a persisté. En outre, en 2015, le CEDS a conclu que la situation en Géorgie n'était pas conforme au motif que les paiements directs en général et les coûts des médicaments en particulier représentaient une charge trop lourde pour l'individu et constituaient de fait un obstacle à l'accès universel aux soins de santé.

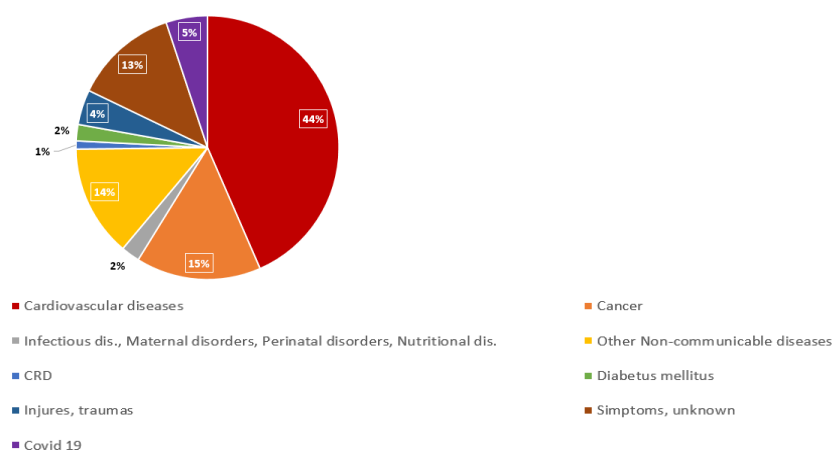
86. En 2011 et 2014, le CA a invité le gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et a décidé d'attendre la prochaine évaluation du CEDS. En 2018 (en ce qui concerne les conclusions 2017), le CA a examiné le cas et a procédé à un vote d'abord sur une recommandation qui n'a pas été adoptée (0 en faveur), puis sur un avertissement qui a été adopté (23 en faveur, 3 contre, 14 abstentions). Le CA a exhorté la Géorgie à prendre des mesures pour réduire les taux de mortalité infantile et maternelle et ainsi mettre la situation en conformité avec l'article.

87. Le représentant de la Géorgie a fourni les informations suivantes :

"1. supprimer autant que possible les causes de la mauvaise santé- ;

Au cours des dernières décennies, une baisse de la mortalité et une augmentation de l'espérance de vie ont été observées dans le monde. Ce changement est partiellement associé à l'augmentation du nombre de cas non mortels de maladies non transmissibles, à la réduction des cas mortels causés par des blessures, à un meilleur contrôle des facteurs de risque, ainsi qu'à une détection précoce et à une meilleure prise en charge des maladies. En Géorgie, comme dans les pays développés, la part de la population âgée augmente, ce qui se répercute sur le taux de mortalité. En 2011-2015, selon l'Office national des statistiques de Géorgie, le taux brut de mortalité était plutôt stable. En 2018, la tendance à la baisse, amorcée en 2017, s'est poursuivie jusqu'en 2018 et, en 2019, elle est restée au même niveau. En 2020-2021, le taux de mortalité a augmenté pour atteindre 13,6 et 16,2, ce qui est largement dû au nouveau coronavirus COVID-19.

Structure de la mortalité, Géorgie, 2020



Source : Office national des statistiques de Géorgie : Office national des statistiques de Géorgie
 En 2021, l'espérance de vie à la naissance a diminué et est de 71,4 ans (76,5 ans pour les femmes et 67,4 ans pour les hommes).

Espérance de vie à la naissance, Géorgie

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Total	71.3	72.1	72.1	72.5	72.8	73	72.7	73.5	74.0	74.1	73.4	71.4
Homme	66.7	67.8	67.6	68.1	68.6	68.7	68.3	69.2	69.7	69.8	69.1	67.5
Femme	75.8	76.5	76.7	76.9	77.0	77.3	77.2	77.8	78.2	78.4	77.7	75.4

Source : Office national des statistiques de Géorgie : Office national des statistiques de Géorgie

En 2020, selon les données recueillies auprès des centres de consultation pour femmes, 43 979 femmes enceintes ont été enregistrées en Géorgie. Ces dernières années, on a constaté une augmentation du nombre de soins prénatals initiés en temps voulu (au cours du premier trimestrest), ce qui pourrait s'expliquer par l'amélioration de l'accessibilité financière des services prénatals (86,7 %). 92,5% des femmes enceintes ont été testées pour l'hépatite C, 90,3% pour la syphilis et le VIH, et 92,8% pour l'hépatite B.

En 2020, 19 039 avortements ont été enregistrés (409,2 pour 1000 naissances vivantes), dont 61% d'avortements provoqués. Par rapport à l'année précédente, le nombre total d'avortements a diminué de 5 %. Il est à noter que la part des avortements chez les femmes de moins de 20 ans représente environ 2 % du nombre total d'avortements.

En 2020, 45797 accouchements ont été enregistrés dans des établissements médicaux. Ces dernières années, la part des accouchements dans les établissements de santé, a atteint la valeur maximale et est restée inchangée. En 2020, selon l'Office national des statistiques de Géorgie, le taux de natalité chez les femmes âgées de moins de 20 ans a diminué pour atteindre 27,3 (en 2019 - 29,4). Depuis 2000, la part des accouchements par césarienne a été multipliée par 4,3 et en 2017,

cette part a atteint 44,7 %. En 2020, la part des accouchements par césarienne a diminué et s'est élevée à 40,6 %.

En 2021, selon l'Office national des statistiques, 45946 naissances vivantes ont été enregistrées en Géorgie (2% de moins que l'année précédente). Selon les données des prestataires de soins de santé, 6,8 % des bébés nés vivants souffraient d'insuffisance pondérale, et 35,7 % des bébés pesaient plus de 3 500 grammes.

En 2020, 19 cas de mortalité maternelle ont été recensés en Géorgie, dont 14 cas de mortalité maternelle précoce (taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes = 30,1).

Les causes sous-jacentes du décès maternel sont les suivantes : thromboembolie - 21% (4 cas, dont 1 décès tardif), pré-éclampsie/éclampsie - 5% (1 cas), fausse couche avec infection pelvienne compliquée non terminée - 5% (1 cas), liquide amniotique 5% (1 cas), hémorragie du post-partum - 11% (2 cas), maladies infectieuses et parasitaires de la mère incluses dans d'autres catégories, qui compliquent la grossesse, l'accouchement et le coucher - 16% (3 cas - 2 gripes et 1 nouvelle infection à coronavirus SARS-COV-2), autres maladies et affections spécifiées qui compliquent la grossesse, l'accouchement et le coucher - 32% (6 cas, dont 4 tardifs), décès obstétrical de cause non spécifiée - 5% (1 cas tardif).

Différentes organisations et agences internationales produisent des estimations de la mortalité maternelle pour différents pays, par exemple le groupe interagences des Nations unies pour l'estimation de la mortalité maternelle (MMEIG) et l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

En 2020, en Géorgie, 27781 1 nouveaux cas de maladies ont été enregistrés chez les nourrissons (en 2019 - 57601), taux d'incidence pour 1000 nourrissons - 588,6 (en 2019 - 1162,1). Une part des maladies du système respiratoire dans la morbidité infantile était de 53,9% (en 2019 - 57,7%), une part des maladies infectieuses et parasitaires - 6,8%.

En 2020, les services hospitaliers ont été fournis à 18 832 nourrissons (en 2019 - 26 534), une part des maladies du système respiratoire parmi tous les cas d'hospitalisation était de 27,8% (en 2019 - 42,7%), une part de certaines conditions provenant de la période périnatale - 36,7% (en 2019 - 27,9%), une part de COVID était de 5,2%.

En 2020, en Géorgie, 103 615 nouveaux cas de maladies chez les enfants de moins de 5 ans ont été enregistrés (en 2019 - 219 908), l'incidence pour 1000 enfants - 397,6 (en 2019 - 804,9).

Dans la structure de l'incidence chez les enfants de moins de 5 ans, la part des maladies du système respiratoire était de 59% (en 2019 - 65,3%), celle des maladies infectieuses et parasitaires de -11% (en 2019 - 10,3%).

Au cours de la période considérée, des services hospitaliers ont été fournis à 46 780 enfants âgés de moins de 5 ans (en 2019 - 71 273), dont les maladies du système respiratoire ont été enregistrées dans 38,1% (en 2019 - 51,3%) ; les maladies infectieuses et parasitaires - 18,8% (en 2019 - 18,6%), la part de COVID dans le nombre total d'hospitalisations était de 4%.

Selon les données mondiales de l'Organisation mondiale de la santé, la part de la mortalité néonatale dans la mortalité des enfants de moins de 5 ans s'élevait à 45 %. En Géorgie, en 2020, la part des décès néonataux dans la mortalité des enfants de moins de 5 ans était de 55,3 %. Selon les données mondiales de l'OMS, près de 75 % des décès d'enfants de moins de 5 ans sont survenus chez des nourrissons. En 2020, en Géorgie, cette part, selon les données du NCDC et de l'ONS, était de 84 % (en 2019 - 83,4 %). Selon toutes les sources, la tendance de la mortalité infantile est à la baisse.

Taux de mortalité infantile pour 1000 LB, Géorgie

Source	2000	2005	2010	2012	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Géostat	27.3	29.5	16.9	14.6	8.6	9.0	9.6	8.1	7.9	7.9
IGME	30.9	21.7	14.6	12.6	10.6	10.5	10	8.7		-
GERHS	41.6	21.1	14.1	-	-	-	-	-		-

En 2020, la part des pathologies d'origine périnatale dans la structure de la mortalité infantile était de 72 %.

En Géorgie, selon les dernières données disponibles (OMS HFA DB), malgré la tendance à la baisse, la mortalité des enfants de moins de 5 ans reste plus élevée que dans les pays européens, bien qu'elle se situe dans la moyenne des pays de l'ex-Union soviétique.

Selon toutes les sources, telles que les statistiques officielles, les estimations des experts internationaux (le groupe interinstitutions des Nations unies pour l'estimation de la mortalité infantile

- IGME) et les études à grande échelle (Georgian Reproductive Health Survey GERHS), l'étude sur la charge mondiale de morbidité - GBD, la Géorgie a atteint l'objectif du Millénaire pour le développement en matière de réduction du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Il est important que les évaluations des GBD et de l'IGME pour les niveaux mondial et régional correspondent presque, le niveau de correspondance étant de 98 %.

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes, Géorgie

Cours	2000	2005	2010	2012	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Géostat	30.1	31.5	18.9	16.7	10.2	10.7	11.1	9.8	9.4	9.3
IGME	35.3	24.5	16.4	14.1	11.9	Femme -10 Homme - 12	--	9.8		-
GBD	36.2	28.0	21.8	-	17.4	11.7	--	--	-	-
RHS	45.2	25.1	16.4	-	-	-	--	--	-	

En 2021, le plan d'action 2021-2023 pour la stratégie d'amélioration de la santé maternelle et néonatale 2017-2030 a été approuvé. Le processus de régionalisation des services prénataux est en cours et sera achevé fin 2022. L'État prévoit de financer les visites prénatales et postnatales en 2023".

88. La présidente a constaté que la situation s'est aggravée, selon les statistiques présentées, suivie de la baisse de l'espérance de vie.

89. Le Comité gouvernemental a voté sur une recommandation relative au premier motif de non-conformité, qui n'a pas été adoptée (avec 14 voix pour, 4 contre et 14 abstentions). Il a ensuite procédé au vote d'une recommandation relative au deuxième motif de non-conformité, qui n'a pas été adoptée (0 voix pour, 7 voix contre et 26 abstentions). Il a invité les autorités à prendre toutes les mesures nécessaires pour réduire le taux de mortalité infantile et juvénile.

90. Le représentant de la Belgique a indiqué qu'en effet, il y a plusieurs raisons de voter pour ou contre une recommandation qui doit toujours être fondée sur une raison spécifique et qu'il faut garder cela à l'esprit, en particulier à la lumière des nouvelles méthodes de travail et d'une approche plus active à l'égard des recommandations.

91. Le représentant de la Macédoine du Nord a expliqué que la situation ne peut pas être facilement améliorée et a estimé que les cas n'étaient pas mûrs pour une recommandation. Le problème en jeu est extrêmement complexe. La recommandation devrait être bien étayée, mieux justifiée et mieux présentée. Elle ne devrait également concerner que les cas les plus graves.

92. Le représentant de la France a suggéré que certains cas soient éventuellement regroupés, afin d'émettre une recommandation commune, dans un souci d'égalité de traitement, tout en gardant à l'esprit les différentes situations sociales, économiques et politiques.

93. Le représentant de la Suède a souligné que tous les éléments de la recommandation figurent dans la conclusion du CEDS et qu'il appartient à l'État de décider de la manière dont il doit la mettre en œuvre ; une recommandation est une chose formelle et il convient de garder à l'esprit qu'elle ne doit en aucun cas être trop détaillée.

RESC 11§1 MOLDAVIE

94. Le CEDS a conclu que la situation en République de Moldova n'était pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif que :

- les mesures prises pour réduire les taux de mortalité infantile et maternelle ont été insuffisantes ;
- il n'a pas été établi que des mesures suffisantes ont été prises pour garantir effectivement le droit d'accès aux soins de santé.

95. Le CEDS a noté que la mortalité infantile avait légèrement diminué depuis la période de référence précédente, mais a estimé que le taux restait élevé par rapport aux autres pays européens. En ce qui concerne le taux de mortalité maternelle, le CEDS a noté qu'il était également nettement supérieur à la moyenne des autres pays européens. Il a estimé que les taux élevés de mortalité infantile et maternelle, examinés conjointement avec le taux d'espérance de vie comparativement faible, montrent que la situation en République de Moldavie reste inférieure à la moyenne des autres pays européens, et ont mis en évidence les faiblesses du système de santé. Elle a constaté que les efforts et les progrès réalisés dans ce domaine étaient insuffisants et a donc maintenu sa conclusion de non-conformité sur ce point.

96. En ce qui concerne l'accès aux soins de santé, le CEDS a déjà demandé des informations complètes sur les réformes des soins de santé mises en œuvre et sur les mesures prises pour augmenter le nombre de médecins, en particulier dans les zones rurales (conclusions 2013 et 2017). Le rapport n'a pas fourni les informations demandées. En l'absence de telles informations, le Comité a conclu que la situation en République de Moldova n'était pas conforme à l'article 11§1 de la Charte au motif qu'il n'a pas été établi que des mesures suffisantes ont été prises pour garantir effectivement le droit d'accès aux soins de santé.

97. Le Secrétariat a présenté les développements historiques, indiquant que depuis 2005, le problème de l'insuffisance des efforts pour réduire les taux élevés de mortalité infantile et maternelle persiste. Le CEDS a conclu que la situation en République de Moldova continuait à ne pas être conforme à l'article 11§1 de la Charte pour ce motif dans ses conclusions 2005, 2009, 2013 et 2017. En 2006 (dans le cadre du suivi des conclusions 2005), l'Assemblée générale a noté des développements positifs et a décidé d'attendre la prochaine évaluation du CEDS. La CG a ensuite pris note des informations et explications fournies en 2011 et 2014 (en ce qui concerne les conclusions 2009 et 2013) et a décidé d'attendre la prochaine évaluation du CEDS. Le CA a ensuite examiné la nouvelle conclusion de non-conformité de 2017 lorsqu'il a procédé au vote d'une recommandation qui n'a pas été adoptée (0 en faveur), puis d'un avertissement qui a été adopté (18 en faveur, 4 contre, 15 abstentions). La CG a exhorté la République de Moldova à prendre des mesures concrètes pour réduire les taux de mortalité infantile et juvénile et ainsi rendre la situation conforme à l'article 11§1 de la Charte.

98. Le représentant de la Moldavie n'a pas fourni d'informations et n'a pas participé à la discussion.

99. Le Comité gouvernemental a adopté une recommandation sur le premier motif (24 voix pour, 2 contre et 5 abstentions) et sur le deuxième motif (27 voix pour, 0 contre et 6 abstentions).

100. Le Comité gouvernemental a également invité les autorités moldaves à se conformer à leurs obligations en matière de rapports et à respecter l'obligation de fournir au Comité gouvernemental les informations nécessaires sur les mesures prises dans le cadre du suivi des conclusions de non-conformité.

RESC 11§1 ROUMANIE

101. Le CEDS a conclu que la situation en Roumanie n'était pas conforme à l'article 11§1 de la Charte pour les raisons suivantes :

- les mesures prises pour réduire les taux de mortalité infantile et maternelle ont été insuffisantes ;
- les personnes transgenres doivent subir une stérilisation pour être reconnues légalement.

102. Le CEDS a pris note des réformes engagées et des mesures prises pour réduire la mortalité maternelle et infantile. Il a toutefois noté que le taux de mortalité maternelle et infantile restait élevé (bien supérieur à la moyenne de l'Union européenne). Compte tenu des taux élevés de mortalité maternelle et infantile, ainsi que de l'espérance de vie encore faible, le CEDS a réitéré sa conclusion de non-conformité sur ce point.

103. En ce qui concerne le deuxième motif de non-conformité, le CEDS a noté que la loi sur les documents d'état civil (n° 119/1996) prévoit les conditions dans lesquelles les documents d'état civil peuvent être modifiés et stipule qu'ils peuvent être modifiés après le changement de sexe, après la décision définitive et irrévocable d'un tribunal. Le CEDS rappelle que la Cour européenne des droits de l'homme a récemment constaté une violation de l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme en raison du refus des autorités roumaines de reconnaître légalement le changement de sexe des requérants, faute d'avoir subi une opération de changement de sexe (X et Y c. Roumanie, requêtes n° 2145/16 et 20607/16, arrêt du 19 janvier 2021, §167). Au vu de ces informations, le CEDS a estimé que la situation des personnes transgenres en Roumanie n'était pas conforme à l'article 11§1 de la Charte.

104. Le Secrétariat a rappelé que la non-conformité en ce qui concerne la mortalité infantile et maternelle remonte à 2003, lorsque le CEDS a conclu que la situation en Roumanie n'était pas conforme à l'article 11§1 de la Charte révisée en raison des taux de mortalité infantile et maternelle particulièrement élevés. Les taux de mortalité maternelle et infantile sont restés manifestement trop élevés dans les conclusions 2005, 2009, 2013 et 2017. En conséquence, la conclusion de 2021 est la sixièmeth même non-conformité d'affilée. En 2009, 2013 et 2017, le CEDS a conclu que les mesures prises pour réduire les taux de mortalité infantile et maternelle avaient été insuffisantes.

105. En outre, d'autres motifs ont été discernés : en 2005 et 2009, le CEDS a conclu que les conditions de vie dans certains hôpitaux psychiatriques étaient manifestement inadéquates et, en 2009, qu'il n'avait pas été établi que les délais d'attente pour les soins de santé étaient raisonnables et que la gestion des listes d'attente était satisfaisante. Le deuxième motif de non-conformité apparaît pour la première fois en 2021.

106. En 2004 (dans le cadre du suivi des conclusions 2003), le Comité gouvernemental a pris note des informations fournies et a décidé d'attendre la prochaine évaluation du CEDS. En 2006 (dans le cadre du suivi des conclusions 2005 qui réitéraient la non-conformité), le CG a salué les mesures prises par la Roumanie, qui avaient contribué à réduire les taux de mortalité infantile et maternelle, et a demandé au gouvernement de poursuivre ses efforts pour les faire baisser. Par la suite, en ce qui concerne les conclusions 2009 et 2013, le CA a de nouveau invité à deux reprises le gouvernement à fournir des informations supplémentaires dans son prochain rapport et à attendre la prochaine évaluation du CEDS. La situation n'ayant toujours pas changé, dans le cadre du suivi des conclusions 2017, le CA a procédé à un vote d'abord sur une recommandation qui n'a pas été adoptée (0 en faveur) puis sur un avertissement qui a été adopté (20 en faveur, 1 contre, 18 abstentions). Le CA a exhorté la Roumanie à prendre des mesures pour réduire les taux de mortalité infantile et maternelle et ainsi mettre la situation en conformité avec 11§1 du RESC.

107. Le représentant de la Roumanie a présenté les informations suivantes :

"1. Concernant le premier motif de non-conformité, la mortalité maternelle, calculée comme le ratio du nombre de décès dus à des complications de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement (avortement + risque obstétrical direct) pour 1000 naissances vivantes, a diminué de manière significative ces dernières années. À titre de comparaison, le taux de mortalité maternelle était de 0,26 pour 1000 naissances vivantes en 2011 et de 0,10 pour 1000 naissances vivantes en 2019. Les taux fluctuent entre 2011 et 2019, avec des valeurs différentes pour les deux composantes : risque obstétrical - causes directes et avortement.

En ce qui concerne la mortalité infantile, les décès de moins d'un an poursuivent la tendance à la baisse, de sorte que le taux de mortalité infantile a diminué de manière significative, passant de 9,4 pour 1000 naissances vivantes en 2011 à 5,7 pour 1000 naissances vivantes en 2019.

La santé des femmes enceintes et des enfants est une priorité de santé publique. Le programme de santé des femmes et des enfants comprend des interventions visant à promouvoir l'allaitement maternel, la supplémentation en micronutriments essentiels du régime alimentaire des femmes enceintes et des jeunes enfants, la prévention de la malnutrition chez les nourrissons présentant une insuffisance pondérale à la naissance, une alimentation saine et la prévention de l'obésité infantile. La priorité est donnée à la réduction de la mortalité infantile et du risque de décès néonatal en améliorant l'accès aux soins appropriés dans les établissements régionaux pour les nourrissons présentant un risque de décès néonatal et en renforçant le volet de dépistage néonatal. Dans la stratégie nationale de santé pour 2014-2020, un chapitre distinct a été consacré aux lignes stratégiques pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile.

Le premier objectif spécifique était "Améliorer la santé et la nutrition de la mère et de l'enfant et réduire le risque de mortalité maternelle et infantile". Les actions prévues dans le cadre de cet objectif stratégique étaient d'améliorer le cadre législatif, d'augmenter la capacité de gestion, de suivi et d'évaluation du Programme national pour la santé des femmes et des enfants, d'améliorer le cadre méthodologique et d'augmenter la capacité technique des prestataires de services de santé, de garantir l'accès à un diagnostic précoce, à un suivi adéquat et à un traitement de qualité, d'augmenter le niveau d'information de la population en général et en particulier des familles et des enfants à haut risque. Depuis 2017, un spot publicitaire est diffusé dans les programmes télévisés nationaux sur les avantages de l'allaitement maternel exclusif au cours des 6 premiers mois de la vie de l'enfant. Le message "L'allaitement maternel exclusif au cours des 6 premiers mois est essentiel pour une vie saine" est diffusé à la fin de tous les spots publicitaires contenant de la publicité pour des produits susceptibles de nuire à l'allaitement maternel.

Au cours de la période 2017-2020, le projet "Hôpital-communauté, flux de soins continus pour les nouveau-nés et les nourrissons à haut risque de maladie et de décès" a été mis en œuvre. Le projet visait à améliorer le niveau de compétences des professionnels de la santé en fournissant des services de santé adéquats et de qualité pour les nouveau-nés et les nourrissons, conduisant à une diminution des décès néonataux et infantiles avec une amélioration des indicateurs de santé de l'enfant.

2. En ce qui concerne le deuxième motif de non-conformité, la décision de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH), prononcée dans l'affaire X et Y contre la Roumanie, critique les dispositions contenues dans la loi n° 119/1996 sur les documents d'état civil et l'ordonnance du gouvernement n° 41/2003 concernant l'acquisition et le changement administratif des noms des personnes physiques. 41/2003 concernant l'acquisition et le changement administratif des noms des personnes physiques. En ce qui concerne les dispositions de l'art. 98 et de l'art. 100 alinéas (1) et (3) du Code civil - reprises dans la partie de l'arrêt consacrée au droit interne pertinent, il s'agit de règles de common law qui établissent le cadre général des actes de l'état civil. Par ces dispositions, le législateur a opté, conformément à la jurisprudence de la CEDH en la matière, pour la solution consistant à accorder à l'autorité judiciaire le pouvoir de statuer sur les modifications des actes de l'état civil.

À la suite de la condamnation de la Roumanie par la CEDH, afin de contribuer à prévenir des violations similaires à l'avenir, l'arrêt a été distribué à toutes les cours d'appel du pays, afin de développer une jurisprudence cohérente, claire et prévisible dans les affaires liées à la reconnaissance juridique du changement de sexe et de l'état matrimonial, conformément à la position exprimée par la CEDH à cet égard. Ainsi, selon le plan d'action dans l'affaire X et Y contre la Roumanie, soumis par le gouvernement roumain au Comité des ministres du Conseil de l'Europe, la jurisprudence récente communiquée par les tribunaux nationaux après 2019 a reconnu l'identité sexuelle des requérants sans opération chirurgicale préalable de changement de sexe dans 35 des 36 affaires - à l'exception du fait que, dans 5 de ces affaires, les requérants avaient déjà subi une opération chirurgicale de changement de sexe.

Ainsi, les tribunaux civils qui ont traité des demandes de changement de sexe ont considéré que le droit roumain permettait la reconnaissance du changement de sexe, interprétant le cadre juridique existant en ce sens que la reconnaissance juridique du changement de sexe n'est pas subordonnée à une opération chirurgicale de changement de sexe. En outre, à la suite de la diffusion de l'arrêt de la CEDH, la pratique nationale devrait devenir plus claire et plus prévisible en la matière, conformément aux principes de la Convention européenne des droits de l'homme et à la jurisprudence de la CEDH.

En ce qui concerne l'accès des personnes transgenres au traitement de changement de sexe, les assurés ont droit à un traitement hormonal ambulatoire gratuit et indemnisé sur prescription, à condition qu'il soit recommandé par le médecin spécialiste. Cette procédure est nécessaire et obligatoire car elle tient compte du principe de sécurité du patient dans le cadre d'une thérapie spécifique (éviter les effets indésirables, les incidents et les accidents d'administration, obtenir une efficacité maximale sans altérer l'état de santé du patient).

En Roumanie, la législation anti-discrimination interdit la discrimination fondée sur des critères qui ne sont pas limités par le législateur. Ainsi, la discrimination fondée sur le sexe, l'orientation sexuelle ou tout autre critère, pour autant qu'il soit identifié ou identifiable, est interdite. Les soins de santé sont accordés sans discrimination fondée sur l'appartenance ethnique, la religion, l'orientation sexuelle ou d'autres critères discriminatoires interdits par la loi. La protection des assurés est assurée de manière universelle, équitable et non discriminatoire, dans les conditions d'une utilisation efficace du Fonds national unique d'assurance maladie. Conformément aux dispositions de la loi sur la réforme des soins de santé, les personnes assurées ont le droit de bénéficier de l'ensemble des services de base sans discrimination.

108. Le représentant de la France a souligné que, en ce qui concerne le deuxième motif de non-conformité, il convient de reconnaître les efforts et d'inviter les autorités à poursuivre les mesures entreprises pour remédier à la situation.

109. Le Président note que beaucoup d'informations ont été fournies en ce qui concerne le deuxième motif et que la question est également suivie de près par le Comité des Ministres dans le cadre du suivi de l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme. Il suggère que le Comité gouvernemental prenne note des informations fournies et invite les autorités à poursuivre leurs efforts pour rendre la situation conforme à la Charte et à la Convention européenne des droits de l'homme.

110. En conséquence, le Comité gouvernemental a procédé au vote d'une recommandation sur le premier motif, qui n'a pas été adoptée (12 pour, 6 contre et 15 abstentions). Le Comité gouvernemental a pris note de l'amélioration de la situation et a invité la Roumanie à poursuivre ses efforts pour rendre la situation conforme à la Charte.

Article 11, paragraphe 2 - de fournir des services de conseil et d'éducation pour la promotion de la santé et l'encouragement de la responsabilité individuelle en matière de santé

111. Le Secrétariat a rappelé qu'en vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties s'engagent, soit directement, soit en coopération avec des organisations publiques ou privées, à fournir des services consultatifs et éducatifs pour la promotion de la santé et l'encouragement de la responsabilité individuelle en matière de santé.

112. Cette disposition prévoit deux obligations :

Éducation et sensibilisation

113. Les règles nationales doivent prévoir l'information, l'éducation et la participation du public. Les États parties doivent démontrer par des mesures concrètes qu'ils mettent en œuvre une politique

d'éducation à la santé publique en faveur de la population générale et des groupes de population touchés par des problèmes spécifiques. L'information du public, notamment par des campagnes de sensibilisation, doit être une priorité de santé publique. L'éducation à la santé doit se faire tout au long de la vie scolaire et faire partie des programmes scolaires.

Consultations médicales et dépistage

114. Les femmes enceintes et les enfants doivent pouvoir bénéficier d'une consultation médicale et d'un dépistage gratuits et réguliers sur l'ensemble du territoire. Des contrôles médicaux gratuits doivent être effectués pendant toute la durée de la scolarité. Un dépistage, de préférence systématique, de toutes les maladies qui constituent les principales causes de décès doit être mis en place.

RESC 11§2 GEORGIA

115. Le CEDS a conclu que la situation en Géorgie n'était pas conforme à l'article 11§2 de la Charte au motif que les mesures de conseil et de dépistage des femmes enceintes et des enfants n'étaient pas adéquates.

116. Le CEDS a observé que, selon les informations fournies dans le rapport, les taux de mortalité infantile et maternelle étaient encore élevés. Compte tenu de ces taux de mortalité élevés, il a estimé que les services et examens prénataux pour les femmes enceintes et les enfants ne s'étaient pas encore suffisamment améliorés. Elle a donc maintenu sa conclusion de non-conformité au motif que les mesures de conseil et de dépistage des femmes enceintes et des enfants n'étaient pas adéquates.

117. Le Secrétariat a souligné qu'il s'agissait d'une non-conformité de longue date, remontant à 2009. Dans ses conclusions de 2013 et 2015, le CEDS a conclu que la situation demeurerait non conforme pour le même motif, outre le fait qu'il n'avait pas été établi que la prévention par le dépistage était utilisée pour contribuer à la santé de la population. En 2017, le CEDS a conclu que la situation en Géorgie n'était toujours pas conforme au motif que les mesures de conseil et de dépistage des femmes enceintes et des enfants n'étaient pas adéquates.

118. Dans le cadre du suivi des Conclusions 2009 et 2013, le Comité gouvernemental a noté que des informations supplémentaires devaient être fournies dans le prochain rapport national et a décidé d'attendre la prochaine évaluation du CEDS. De même, en 2018 (en ce qui concerne les Conclusions 2017), le CG a pris note des informations fournies, a invité la Géorgie à mettre la situation en conformité avec l'article 11§2 de la Charte et a décidé d'attendre la prochaine évaluation du CEDS.

119. Le représentant de la Géorgie a présenté les informations suivantes :

2. de fournir des services de conseil et d'éducation pour la promotion de la santé et l'encouragement de la responsabilité individuelle en matière de santé

Un mode de vie sain et la prévention des maladies sont des domaines prioritaires du système de santé de la Géorgie. La première stratégie nationale de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles et le plan d'action 2017-2020 ont été adoptés par le décret №2 du gouvernement, le 11 janvier 2017, avec plusieurs objectifs stratégiques et activités sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque ; la stratégie a été menée à bien avec succès.

La nouvelle stratégie 2022-2026 pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles est élaborée et fait l'objet de discussions techniques internes. L'approbation de la stratégie est prévue pour mai 2022.

La stratégie nationale de lutte antitabac et le plan d'action 2021-2025 sont opérationnels et visent à promouvoir la santé de la population géorgienne et à réduire le nombre de décès prématurés dus aux maladies non transmissibles en diminuant de 15 % la consommation de tabac et de 5 % l'exposition au tabagisme passif d'ici à 2030 ; à renforcer l'application intégrale de la législation et

de la politique antitabac à composantes multiples conformément aux articles de la CCLAT et à ses lignes directrices de mise en œuvre ; rapprocher la législation antitabac de la législation de l'UE conformément à l'accord d'association UE-Géorgie et au programme d'association ; promouvoir le sevrage tabagique ; réduire la demande de produits du tabac et veiller à ce que les produits du tabac existants soient réglementés de la même manière que les produits du tabac nouveaux et émergents, etc.

La promotion d'un mode de vie sain et la prévention des maladies sont intégrées dans le programme national de promotion de la santé, mis en œuvre depuis 2015⁷ . En 2022, le budget du volet promotion de la santé s'élevait à 2,1 millions de gel. Le programme vise à sensibiliser aux questions de promotion de la santé, à prévenir les maladies et donc à améliorer l'état de santé de la population. Le programme couvre les questions liées à un mode de vie sain, telles que le renforcement de la lutte contre le tabagisme, la promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine, la prévention de la consommation excessive d'alcool, de la toxicomanie et du jeu, la prévention et l'éducation du public sur l'hépatite C, la sensibilisation aux questions de santé mentale, la promotion du dépistage du cancer et du don de sang bénévole, l'environnement et la santé, la promotion de la vaccination contre le virus COVID-19.

Différentes campagnes de communication, telles que des marathons et des pochoirs pour terrains de jeux, des expositions thématiques de photos et de dessins, des arts de la rue, des plantations d'arbres, des événements sociaux et télévisés/radio, etc. pour promouvoir la vaccination de routine, la santé génésique et d'autres questions prioritaires liées à un mode de vie sain, sont fréquemment menées. En 2022, le NCDC lancera le premier site web et la première application mobile de promotion de la santé pour les femmes enceintes et en âge de procréer afin de les informer sur la santé reproductive, les questions de santé maternelle et infantile, le planning familial, les visites prénatales, l'éducation à l'accouchement, l'éducation après l'accouchement, etc.

La prévention des maladies est de plus en plus encouragée en stimulant l'engagement des prestataires de soins primaires dans les programmes de dépistage et de prévention. Le programme de dépistage intégré de l'hépatite C, du VIH et de la tuberculose au niveau des soins primaires, soutenu par le Fonds mondial, a illustré le grand potentiel des prestataires de soins primaires pour fournir des services préventifs aux communautés locales. Le MoIDPLHSA et le NCDCPH soutiennent fermement la mise en œuvre adéquate et la poursuite du déploiement de programmes préventifs tels que la vaccination des enfants, le dépistage du cancer et d'autres mesures de prévention secondaire dans le cadre des programmes de gestion des maladies chroniques.

Prévention en matière de santé : Le programme national de promotion de la santé fonctionne depuis 2016 et a pour objectif d'éduquer et de sensibiliser à la santé de la population géorgienne, ainsi que de créer un environnement favorable à la santé, qui permette de mieux contrôler et d'améliorer les déterminants de la santé.

Le programme comprend des activités dans les domaines suivants :

- Prévention de COVID-19
- le renforcement de la lutte antitabac ;
- l'éducation à une alimentation saine ;
- la sensibilisation à la consommation excessive d'alcool ;
- la promotion de l'activité physique ;
- la prévention de l'hépatite C et la promotion de l'éducation de la population ;
- la promotion de la santé mentale ;
- la prévention de l'abus de substances et de la dépendance au jeu ;
- l'environnement et la santé ;
- Santé des femmes et des mères
- Promotion et renforcement de la promotion de la santé

Programmes de soins de santé publique : L'objectif des programmes de santé publique est de soutenir les soins de santé au sein de la population, d'établir des règles de vie saine, qui sont mises

7. Ordonnance du gouvernement n° 308 du 30 juin 2015 sur l'approbation des programmes de soins de santé de l'État, l'ordonnance est mise à jour chaque année.

en œuvre par différents programmes, d'aider à prévenir de nombreuses maladies dangereuses et d'améliorer l'état de santé de la population.

Les soins de santé publique comprennent des programmes qui aident à prévenir les maladies infectieuses et oncologiques. La détection précoce de ces maladies permet, d'une part, d'accroître la protection de la population et, d'autre part, d'optimiser les dépenses de l'État. La vaccination de la population, la détection précoce des maladies et le soutien des programmes de dépistage des maladies infectieuses, telles que la tuberculose, le paludisme, les virus de l'hépatite, le sida et d'autres infections, permettent de contrôler leur propagation et de prendre les dispositions nécessaires pour assurer un mode de vie sain à l'ensemble de la population du pays.

- *La détection précoce des maladies et le dépistage soutiennent l'établissement de règles de vie saine ainsi que la détection précoce et la prévention de la propagation de maladies multiples : dépistage du cancer ; dépistage des retards de développement chez les enfants de 0 à 6 ans ; détection précoce et prévention de l'épilepsie.*
- *La vaccination protège la population contre les infections contrôlées*
- *Le programme Epid-supervision améliore la sécurité épidémiologique et les services Epid-supervision et de laboratoire pour les maladies infectieuses.*
- *Programme de sécurité du sang - Tous les dons ont fait l'objet d'un dépistage du VIH/SIDA, du VHC, du VHB et de la syphilis.*
- *Le programme de prévention des maladies professionnelles protège les employés contre les maladies professionnelles*
- *Le programme de gestion des maladies infectieuses assure un service d'hospitalisation adéquat en cas de maladies infectieuses.*
- *Le programme de gestion de la tuberculose contrôle les cas de tuberculose dans le pays, les personnes atteintes de tuberculose (y compris les cas douteux) sont assurées des possibilités de diagnostic et de traitement.*
- *Le programme de lutte contre le sida contrôle les infections par le sida dans le pays, les personnes infectées par le sida et les personnes à haut risque sont assurées de bénéficier de possibilités de diagnostic et de traitement.*
- *Le programme de santé maternelle et infantile comprend des visites dans le cadre de l'observation prénatale ; l'examen des nouveau-nés en cas d'hypothyroïdie, de phénylcétonurie, d'hyperphénylalaninémie et de mucoviscidose ; l'examen des femmes enceintes en cas de pathologie génétique ; la garantie de soins hospitaliers adéquats pour les grossesses à haut risque, les femmes en couches et après l'accouchement.*
- *Programme de prévention de la toxicomanie - les toxicomanes bénéficient d'une thérapie de substitution à la drogue et d'une surveillance médicale ; visite des centres de désintoxication et de réadaptation pour patients hospitalisés".*

120. La représentante de la France a déclaré que dans la note du Comité des Ministres, le Comité gouvernemental devrait être une perspective adoptée et pas seulement un regard sur le passé. Elle a noté qu'il existait différents partenariats et réseaux et que tous étaient disponibles pour soutenir la Géorgie de toutes les manières nécessaires, y compris financières, pour aider réellement à rendre le système de soins de santé plus robuste et plus efficace.

121. Certaines délégations ont soulevé la question de savoir pourquoi le CEDS avait conclu à la non-conformité sur la base d'un examen préalable, si l'examen préalable existait.

122. En conséquence, le Comité gouvernemental a procédé au vote d'une recommandation qui n'a pas été adoptée (2 pour, 13 contre et 19 abstentions). Il a invité les autorités à fournir les informations dans le prochain rapport et a décidé d'attendre l'évaluation du CEDS.

Article 11, paragraphe 3 - prévention des maladies et des accidents

123. Le Secrétariat a rappelé qu'en vertu de l'article 11§3, , les Parties s'engagent, soit directement, soit en coopération avec des organisations publiques ou privées, à prendre des mesures appropriées visant *notamment* à prévenir autant que possible les maladies épidémiques, endémiques et autres, ainsi que les accidents .

Environnement sain

124. L'article 11 englobe le droit à un environnement sain. Selon la Charte, la lutte contre la pollution est un objectif qui ne peut être atteint que progressivement. Néanmoins, les États parties doivent s'efforcer d'atteindre cet objectif dans un délai raisonnable, en réalisant des progrès mesurables et en utilisant au mieux les ressources dont ils disposent.

125. À cet égard, la garantie d'un environnement sain exige que les États parties :

- élaborer et mettre à jour régulièrement une législation et une réglementation environnementales suffisamment complètes ;
- prendre des mesures spécifiques, telles que la modification des équipements, l'introduction de valeurs seuils pour les émissions et la mesure de la qualité de l'air, afin de prévenir la pollution atmosphérique au niveau local et de contribuer à la réduire à l'échelle mondiale.
- veiller à ce que les normes et les règles environnementales soient correctement appliquées, par le biais de mécanismes de contrôle appropriés, efficaces et efficients, c'est-à-dire comprenant des mesures qui ont été établies pour être suffisamment dissuasives et qui ont un effet direct sur les niveaux d'émissions polluantes ;
- évaluer les risques pour la santé par une surveillance épidémiologique des groupes concernés.

126. Pour se conformer à cette disposition, les États parties doivent prendre des mesures de prévention et de protection concernant l'eau. Une situation dans laquelle l'accès à l'eau potable reste un problème pour une partie importante de la population constitue une violation de la Charte.

127. L'article 11 implique une politique d'interdiction de l'utilisation, de la production et de la vente de l'amiante et des produits qui en contiennent. Il faut également une législation obligeant les propriétaires de biens résidentiels et de bâtiments publics à rechercher l'amiante et, le cas échéant, à l'éliminer, et imposant des obligations aux entreprises en matière d'élimination des déchets.

Tabac, alcool et drogues

128. Les mesures de lutte contre le tabagisme sont particulièrement importantes pour le respect de l'article 11, car le tabagisme est une cause majeure de décès évitable dans les pays développés. Pour être efficace, toute politique de prévention doit restreindre l'offre de tabac en contrôlant la production, la distribution, la publicité et les prix. En particulier, la vente de tabac aux jeunes doit être interdite, de même que l'usage du tabac dans les lieux publics, y compris les transports, et la publicité sur les affiches et dans la presse.

129. Cette approche s'applique également, *mutatis mutandis*, aux mesures de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie.

Immunisation et surveillance épidémiologique

130. Les États parties doivent mettre en œuvre des programmes de vaccination largement accessibles. Les pays doivent démontrer leur capacité à faire face aux maladies infectieuses, notamment en ce qui concerne les dispositions relatives à la déclaration et à la notification des maladies, le traitement spécial des patients atteints du sida et les mesures d'urgence en cas d'épidémie.

RESC 11§3 AZERBAÏDJAN

131. Le CEDS a conclu que la situation en Azerbaïdjan n'était pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif que :

- il n'a pas été établi que des mesures adéquates ont été prises pour remédier à la pollution de l'environnement ;
- n'interdit pas la vente et l'utilisation de l'amiante ;
- il n'a pas été établi que des mesures adéquates ont été prises pour prévenir les accidents.

132. En ce qui concerne le premier motif, dans ses conclusions précédentes de 2013 et 2017, le CEDS a réitéré sa demande d'être tenu informé de la mise en œuvre des mesures et réglementations adoptées, ainsi que des niveaux de pollution de l'air, de contamination de l'eau potable et d'intoxication alimentaire. Les informations demandées n'ont pas été fournies en 2021. Le CEDS a donc conclu que la situation n'était pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif qu'il n'a pas été établi que des mesures adéquates ont été prises pour lutter contre la pollution de l'environnement.

133. Dans ses conclusions de 2009, 2013 et 2017, le CEDS a estimé que la situation n'était pas conforme à la Charte au motif que la législation n'interdisait pas la vente et l'utilisation de l'amiante. La situation n'ayant pas changé, le CEDS a réitéré son constat de non-conformité sur ce point.

134. En ce qui concerne le dernier motif de non-conformité, compte tenu du manque persistant d'informations sur les mesures de prévention des accidents, le CEDS a réitéré sa conclusion selon laquelle la situation n'était pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif qu'il n'avait pas été établi que des mesures adéquates étaient prises pour prévenir les accidents.

135. Le Secrétariat a rappelé que dans ses conclusions de 2009, 2013 et 2017, le CEDS a conclu que la situation en Azerbaïdjan n'était pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif que la législation n'interdisait pas la vente et l'utilisation de l'amiante. Dans ses conclusions de 2017, le CEDS a également conclu que la situation n'était pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif qu'il n'avait pas été établi que des mesures adéquates étaient prises pour prévenir les accidents. Dans le cadre du suivi des conclusions 2009 et 2013, le CA a pris note des informations fournies, a invité le gouvernement à les fournir dans son prochain rapport et à attendre la prochaine évaluation du CEDS.

136. Le représentant de l'Azerbaïdjan a présenté les informations suivantes :

"Selon la Constitution, aucune expérience médicale, scientifique ou autre ne peut être effectuée sur une personne sans son consentement volontaire. Au cours de la dernière décennie, le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques a considérablement diminué et de nombreux psychiatres et infirmiers psychiatriques ont été transférés dans des établissements de soins primaires. Un cabinet de psychiatre est désormais disponible dans presque tous les établissements de soins ambulatoires de chaque district administratif du pays. Les formulaires spéciaux pour l'admission volontaire et le consentement éclairé au traitement ont été mis en œuvre dans tous les hôpitaux psychiatriques et la majorité du personnel qualifié a reçu une formation sur les droits de l'homme des personnes placées dans des établissements psychiatriques.

Selon les informations communiquées par l'Union des examens médico-légaux et de la pathologie anatomique, en 2021, le nombre de décès identifiés comme résultant d'une surdose de drogue s'élevait à 182 cas. Dans le cadre du programme de réduction des risques, le gouvernement fournit une thérapie à la méthadone. Actuellement, 976 patients sont couverts par le programme de méthadone. L'année dernière, 120 consommateurs de drogues injectables atteints de co-infections (VIH et hépatite) ont été identifiés dans le pays. Le nombre total de consommateurs de drogues illicites identifiés en 2021 était de 34 602 cas, dont 3 107 cas de polytoxicomanie. Les médias organisent de nombreuses campagnes de sensibilisation dans les établissements d'enseignement et au sein de la population. La vente et l'utilisation de l'amiante en Azerbaïdjan ne sont pas interdites par la législation, mais il convient de noter que l'amiante et tout produit contenant de l'amiante ne

sont plus produits et utilisés dans le pays pour les nouvelles constructions. Toutefois, les toits en ardoise des bâtiments anciens contiennent de l'amiante.

La situation de la prévalence du tabagisme montre que les fumeurs masculins ont diminué de 5 % depuis la présentation du dernier rapport. Le centre de santé publique et de réforme du ministère de la santé de la République d'Azerbaïdjan, avec le soutien des décideurs politiques du gouvernement, des parties prenantes, des ONG et en collaboration avec des organisations internationales, a mené un certain nombre d'activités sur la lutte contre le tabagisme en Azerbaïdjan, telles que la ligne d'assistance téléphonique "Quit Smoke", qui permet aux personnes souhaitant arrêter de fumer d'obtenir des conseils médicaux et psychologiques professionnels en appelant la ligne d'assistance téléphonique. En ce qui concerne les dernières statistiques sur la mortalité maternelle et infantile et les statistiques de développement significatives dans ce domaine, il convient de noter que la mortalité maternelle comprend le nombre de décès dus à des complications de la période post-partum, de l'accouchement et de la grossesse. Selon des statistiques récentes, le nombre de décès maternels est en augmentation (12,2 en 2018, 15,8 en 2020). Le nombre de décès d'enfants est inférieur à celui des années précédentes. En ce qui concerne les services de santé dans les lieux de détention, tous les établissements pénitentiaires disposent d'un personnel médical des principales spécialités médicales et des examens sur place sont régulièrement organisés. Récemment, le programme "Priorités nationales pour le développement socio-économique : Azerbaïdjan - 2030" a été approuvé. "L'environnement propre et la croissance verte figurent parmi les cinq priorités pour la prochaine décennie. Le document fixe une tâche importante : assurer un environnement de haute qualité et une "croissance verte" qui répondront au changement climatique mondial et garantiront un environnement sain à la population dans un pays dont l'économie connaît une croissance rapide. La formation d'un environnement durable et sain apportera également une contribution importante à la mise en œuvre des objectifs de développement durable des Nations unies".

137. Certaines délégations ont fait remarquer que les informations fournies n'étaient pour la plupart pas pertinentes du point de vue de la conclusion. En ce qui concerne l'amiante, la situation n'a pas changé.

138. En conséquence, le Comité gouvernemental a procédé au vote d'une recommandation sur le premier motif de non-conformité, qui n'a pas été adoptée (2 voix pour, 4 contre et 24 abstentions). Il a adopté une recommandation sur le deuxième motif de non-conformité (avec 28 voix pour, 2 contre et 4 abstentions). La recommandation sur le troisième motif de non-conformité n'a pas été adoptée (2 voix pour, 1 contre et 28 abstentions).

RESC 11§3 GEORGIA

139. La CEDH a conclu que la situation en Géorgie n'était pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif que :

- il n'a pas été établi que des mesures adéquates ont été prises pour remédier à la pollution de l'environnement ;
- les mesures prises pour assurer l'accès à l'eau potable dans les zones rurales sont insuffisantes ;
- il n'a pas été établi que des mesures adéquates ont été prises pour prévenir les accidents.

140. Dans ses conclusions précédentes (2013 et 2017), le CEDS a réitéré sa demande d'informations sur les mesures concrètes prises, y compris une législation et une réglementation environnementales complètes, ainsi que sur les niveaux et les tendances en matière de pollution de l'air, de gestion des déchets, de contamination de l'eau et de sécurité alimentaire au cours de la période de référence. Lors de l'évaluation en 2021, le CEDS a constaté que la plupart des informations demandées n'avaient pas été fournies. Il a réitéré ses demandes d'informations et a conclu que la situation n'était pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif qu'il n'avait pas été établi que des mesures adéquates avaient été prises pour lutter contre la pollution de l'environnement.

141. Dans sa conclusion 2017, le CEDS a également conclu à la non-conformité en ce qui concerne l'accès à l'eau potable dans les zones rurales et a demandé des informations complètes sur ce point. Les informations demandées n'ont pas été fournies et le CEDS a réitéré que la situation n'était pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif que les mesures prises pour assurer l'accès à l'eau potable dans les zones rurales ont été insuffisantes.

142. Dans ses conclusions précédentes, le CEDS a demandé des informations sur les mesures prises et l'évolution du nombre d'accidents de la route, d'accidents domestiques et d'accidents survenant pendant les loisirs (conclusions 2017). Le CEDS a averti qu'une constatation de non-conformité s'ensuivrait si les informations n'étaient pas communiquées. Les informations demandées n'ont pas été fournies et le CEDS a conclu que la situation n'était pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif qu'il n'a pas été établi que des mesures adéquates ont été prises pour prévenir les accidents.

143. Dans ses conclusions 2009, le CEDS a conclu que la situation en Géorgie n'était pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif qu'il n'a pas été démontré que des mesures adéquates ont été adoptées dans le domaine de la santé environnementale, de la consommation de tabac, d'alcool et de drogues, de la sécurité alimentaire ou de la prévention des accidents.

144. Dans ses conclusions de 2013, 2015 et 2017, le CEDS a conclu que la situation en Géorgie n'était pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif qu'il n'a pas été établi que des mesures adéquates ont été prises pour garantir l'accès à l'eau potable dans les zones rurales.

145. En 2011 et 2014 (dans le cadre du suivi des conclusions 2009 et 2013), le Comité gouvernemental a invité le gouvernement à fournir des informations supplémentaires dans son prochain rapport et a décidé d'attendre la prochaine évaluation du CEDS.

146. Le représentant de la Géorgie a présenté les informations suivantes :

"3. prévenir autant que possible les maladies épidémiques, endémiques et autres, ainsi que les accidents.

Immunisation :

Du point de vue du gouvernement géorgien, la vaccination est une priorité absolue en matière de santé publique. Ceci est clairement démontré par une augmentation significative des fonds alloués au programme de vaccination en 2020 - 166 millions de GEL (en 2012 - 4 millions de GEL et en 2019 - 22,800 millions de GEL).

Les vaccins contre les 13 maladies suivantes sont actuellement inclus dans le calendrier de vaccination du pays : tuberculose, hépatite B, diphtérie, rougeole, tétanos, poliomyélite, rougeole, oreillons, rubéole, Hib (Hemophilus influenza), virus Rota, infection pneumococcique, infection à papillomavirus.

Ces dernières années, les 6 nouveaux vaccins suivants ont été ajoutés au calendrier de vaccination : en 2013 - le vaccin contre le virus Rota, à la fin de 2014 - le PCV10 (avec le soutien de GAVI), en 2015 - le VPI (le vaccin Penta a été remplacé par le vaccin Hexavalent), en 2016 - le vaccin antipoliomyélitique bivalent (VOPb). En 2017, la vaccination contre le papillomavirus a été lancée dans quatre territoires de Géorgie (Tbilissi, Kutaisi, Adjara, Abkhazie), dans le but d'inclure les filles de 9 ans dans le programme de démonstration. Depuis septembre 2019, la vaccination contre le papillomavirus humain (APV) a été introduite dans toute la Géorgie pour les filles de 10, 11 et 12 ans. Depuis juillet 2020, à l'âge de 18 mois et de 5 ans, les vaccins de rappel bOPV, DPT et DT ont été remplacés par un vaccin quadrivalent (DaPT-IPV).

Tous les vaccins figurant dans le calendrier national de vaccination sont gratuits pour le grand public. Pour garantir une immunisation sûre et de haute qualité, l'État n'achète que les vaccins préqualifiés par l'Organisation mondiale de la santé. En raison de la pandémie de Covid-19, l'objectif annuel de 95 % de couverture vaccinale n'a pas pu être atteint. La Géorgie est certifiée comme un pays exempt du virus sauvage de la polio depuis 2002. Sur la base des données de 2019-2020, l'Organisation mondiale de la santé a reconnu la Géorgie en 2021 comme un pays exempt de rubéole.

En 2020, le module de vaccination électronique a été finalisé et adapté au pays afin d'améliorer le processus d'enregistrement des vaccins et les questions relatives à l'approvisionnement en vaccins et à la gestion des vaccins. Différents outils d'analyse ont été inclus dans le système.

Santé mentale

Afin d'améliorer le processus de coordination et de supervision de la politique de l'État dans le domaine de la santé mentale, un Conseil pour la politique de santé mentale a été créé en 2013. En 2021, le gouvernement géorgien a adopté une stratégie nationale et un plan d'action (NAP) pour 2022-2026, qui fixe des objectifs stratégiques et des orientations politiques pour améliorer le système de soins de santé mentale en Géorgie.

Un programme de santé mentale est mis en œuvre dans le cadre du programme national de soins de santé, adopté chaque année par décret du gouvernement de Géorgie. Ce programme vise à améliorer l'accessibilité géographique et financière de la population géorgienne aux services psychiatriques. Le programme prévoit des services psychiatriques ambulatoires, une réhabilitation psychosociale, des interventions à court terme en cas de crise psychiatrique, avec les services de l'équipe mobile communautaire pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves, des services d'hospitalisation psychiatrique aiguë et à long terme pour les enfants et les adultes, des centres d'hébergement pour les personnes souffrant de troubles mentaux. Le programme fournit aux patients un traitement et des services supplémentaires (sûreté et sécurité), lorsqu'il existe une décision de justice concernant l'hospitalisation d'une personne pour un traitement psychiatrique coercitif, sur la base de l'article 191 du code de procédure pénale de Géorgie.

Le ministère de la santé déploie des efforts dans les directions suivantes : Améliorer l'infrastructure des établissements de soins de santé mentale ; protéger les droits des bénéficiaires dans les établissements de soins psychiatriques ; décentraliser les services de santé mentale et sensibiliser le public pour réduire la stigmatisation des personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

En conséquence, les principes qui sous-tendent l'organisation des systèmes de soins de santé mentale sont passés d'une dépendance à l'égard des soins institutionnels de longue durée dans les asiles (esailems), où la préoccupation primordiale était de protéger la société d'un "préjudice" potentiel, à un système où l'essentiel des soins est fourni par le développement de centres communautaires et d'équipes mobiles pour aider à soutenir les personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

Depuis 2018, le financement des services de proximité a été augmenté. En particulier, 54 % des ressources budgétaires ont été affectées aux services de proximité et, dans l'ensemble du pays, environ 31 équipes mobiles de proximité fonctionnent, ce qui permet à un plus grand nombre de bénéficiaires d'utiliser les services mobiles à Tbilissi et dans les régions.

En 2021, des abris pour 6 bénéficiaires ont été ouverts à Tbilissi et à Kakheti. Il est prévu de lancer quatre autres nouveaux abris cette année. De petites maisons de type familial pour six bénéficiaires ont commencé à fonctionner cette année.

Dans le cadre de l'assistance technique fournie par l'Agence française de développement international, le processus de révision, de mise à jour et d'harmonisation de la législation sur la santé mentale avec la législation de l'UE est en cours. L'accent est mis sur la détention des personnes atteintes de troubles mentaux, leur traitement, les soins qui leur sont prodigués, les mécanismes de recours, ainsi que la législation et la réglementation relatives à la tutelle.

La commission des soins de santé et des questions sociales du Parlement de Géorgie et le ministère de la santé, en collaboration avec des organisations non gouvernementales et des experts, ont préparé un amendement à la loi géorgienne sur les "soins psychiatriques", qui prévoit l'introduction de nouveaux services et de mécanismes de suivi et d'évaluation qui permettront de relever progressivement les défis existants en termes de protection des droits des patients/bénéficiaires.

Le processus d'amélioration de l'infrastructure des établissements psychiatriques a commencé et se poursuit depuis 2016. La réhabilitation des cliniques Bediani et Surami a été achevée. De nouveaux bâtiments ont été construits au centre de santé mentale de Naneishvili. Le service

psychiatrique du centre médical de Batumi a été réhabilité. Des mesures de reconstruction et d'équipement de 2 hôpitaux psychiatriques sont prévues à Tbilissi.

Abus de drogues

Selon la dernière enquête intégrée de surveillance bio-comportementale, le nombre de consommateurs de drogues injectables est estimé à 52 500. Le taux de prévalence chez les adultes (18-65 ans) est de 2,24%. Il s'agit d'un taux assez élevé - la Géorgie arrive en troisième position, après les Seychelles et la Russie, en ce qui concerne le nombre de toxicomanes à problèmes. Il convient de souligner qu'il existe une tendance claire à l'augmentation constante du nombre de consommateurs de drogues injectables - une telle enquête est menée en Géorgie depuis 2009 et tous les deux ans, le nombre de consommateurs de drogues injectables augmente de plusieurs milliers de personnes.

La buprénorphine (Subutex et Suboxone) et l'héroïne, en particulier sa variété bon marché - l'héroïne brute (et non l'héroïne pure) - sont les principales drogues injectables. Par rapport à la précédente vague de l'enquête (2014), la consommation de buprénorphine a presque doublé, tandis que le taux de consommation d'héroïne a légèrement diminué ; le niveau d'utilisation des drogues injectables artisanales préparées en mélangeant différents médicaments achetés en pharmacie - appelées Krokodil (désomorphine), Vint (méthamphétamine) et Jeff (méthcathinone) - a fortement diminué. Une nouvelle drogue injectable a fait son apparition : les "niddles" ("Ephedra Vint", drogue injectable préparée à partir d'aiguilles d'éphédra à feuilles persistantes ayant un effet stimulant).

En ce qui concerne les substances psychoactives non injectables, la consommation de cannabis (marijuana) et de médicaments psychoactifs reste très courante dans cette population. En fait, ils consomment des médicaments psychoactifs qui ont un effet vertigineux. Il convient de noter que, par rapport aux années précédentes, le taux de consommation de ces médicaments a diminué.

En ce qui concerne le risque d'infection par le VIH, les comportements des victimes de la traite des êtres humains se divisent essentiellement en deux groupes. Il s'agit des comportements à risque liés à l'injection de drogues et des comportements sexuels. Par rapport aux enquêtes précédentes, la proportion d'injections sûres s'est améliorée dans toutes les villes ; la pratique du partage d'aiguilles/seringues et d'autres matériels d'injection précédemment utilisés a diminué. En ce qui concerne les comportements sexuels, l'utilisation du préservatif avec les partenaires sexuels occasionnels est élevée, mais l'utilisation du préservatif avec un partenaire sexuel régulier pose toujours problème.

Il convient de noter que la prévalence du VHC chez les PWI D est beaucoup plus élevée que celle du VIH. L'indicateur moyen de la prévalence du VIH n'a en fait pas changé depuis 2015 ; l'enquête a révélé 47 cas confirmés de séropositivité. Les précédentes vagues de l'enquête de surveillance biocomportementale ont également montré une prévalence élevée du virus de l'hépatite C.

Il existe un programme national de traitement des toxicomanes dans le pays. Les services fournis par le programme sont les suivants

- Désintoxication en milieu hospitalier et réhabilitation de première ligne pour les opioïdes, les stimulants et autres substances psychoactives dans les troubles mentaux et comportementaux causés par la consommation.
- Mettre en œuvre une thérapie de remplacement et assurer la livraison d'un produit pharmaceutique de remplacement
- Réhabilitation psychosociale
- Services d'hospitalisation pour les troubles mentaux et comportementaux causés par la consommation d'alcool

Environnement sain

Avec le soutien d'experts de l'OMS et du projet de jumelage GE 22 de la CE "Renforcer le système existant en matière d'environnement et de santé en Géorgie", le plan d'action national 2018-2022 pour l'environnement et la santé en Géorgie (NEHAP-2) a été élaboré et approuvé.

Les objectifs stratégiques du plan d'action national en matière d'environnement et de santé sont les suivants :

- 1. Améliorer l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, y compris pour chaque enfant ;*
- 2. Améliorer l'accès à un environnement sain et sûr afin d'accroître l'activité physique des enfants et des jeunes ;*
- 3. Réduire les effets nocifs de la pollution de l'air et de l'air intérieur sur la santé de la population ;*
- 4. Prévention des maladies causées par l'exposition aux produits chimiques ;*
- 5. Intégrer les questions de santé dans les politiques d'adaptation au changement climatique et d'atténuation de ses effets.*

En coopération avec le ministère de la protection de l'environnement et de l'agriculture de Géorgie, un portail de l'air a été lancé en janvier 2019, sur lequel des informations publiques sur la surveillance de la qualité de l'air ont été publiées.

Résultats et recommandations sanitaires pour chaque contaminant selon la méthodologie internationale.

Le matériel de la Semaine internationale de prévention du plomb a été préparé, un ensemble d'informations pour le protocole de biosurveillance du plomb sur l'impact de l'exposition au plomb sur les humains, les sources d'exposition et leur prévention.

L'enquête MICS a été menée dans toute la Géorgie avec le soutien de l'Office national des statistiques de Géorgie, du Fonds des Nations unies pour l'enfance, de l'OMS et du DCJEC afin de protéger le pays d'une exposition nocive à l'environnement et de prévenir les maladies environnementales. Le cycle de recherche a été élargi en termes de contenu et de couverture, incluant un questionnaire sur l'eau potable, des tests de qualité de l'eau potable et une étude sur le plomb dans le sang pour les enfants (études sur le plomb dans le sang pour les enfants âgés de 2 à 7 ans) dans toute la Géorgie. Les enfants ont été inclus dans l'étude sur la base d'un échantillonnage aléatoire et les échantillons ont été envoyés pour détection au laboratoire de l'Institut italien de la santé. Dans l'étude de l'échantillon de sang sur la teneur en plomb, la méthode dite de "l'étalon-or" consiste à mesurer la concentration de plomb dans le sang à l'aide d'un spectromètre de masse à plasma inductif (ICP MS). Selon les résultats, des plombémies de 5 µg / dl ont été retrouvées chez 41% des enfants, de 5 à 10 µg / dl chez 25%, et > 10 µg / dl chez 16%.

Tabac et alcool

La Géorgie est partie à la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT) depuis 2006 et s'est donc engagée à mettre en œuvre des mesures globales de lutte antitabac, y compris certains des articles de la CCLAT assortis de délais, dont le délai de mise en œuvre n'a pas encore été respecté.

La lutte contre le tabagisme est un aspect important du processus d'intégration de la Géorgie à l'UE. L'une des obligations prévues par l'accord d'association avec l'UE signé en 2014 est la mise en œuvre effective des accords internationaux dans le domaine de la santé, reconnus par les parties, à savoir le règlement sanitaire international et la convention-cadre de l'OMS sur la lutte antitabac.

En 2013, afin de lutter contre le fardeau sanitaire et économique que représente l'épidémie croissante de tabagisme dans le pays, le gouvernement géorgien a créé le Comité national de lutte contre le tabagisme, présidé par le Premier ministre de Géorgie. L'objectif de ce comité était d'élaborer et de défendre de nouvelles politiques de lutte antitabac, conformes à la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la lutte antitabac (CCLAT) et aux normes de l'Union européenne. Les travaux du comité ont débouché sur l'approbation par le gouvernement géorgien d'une stratégie nationale de lutte contre le tabagisme (ordonnance n°196 du 30.07.2013), d'un plan d'action quinquennal (décret n°304 du 29.11.2013) et d'amendements à cinq lois connexes en mars 2013. La stratégie nationale de lutte contre le tabac 2021-2025 et le plan d'action ont été renouvelés récemment.

En matière de lutte contre le tabagisme, la législation nationale est conforme à la législation de l'UE (directive 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil du 3 avril 2014). La loi géorgienne sur

la lutte contre le tabagisme (adoptée le 29/12/2010 et modifiée en 2017, 2018, 2019, 2020 et 2021) fournit une définition détaillée de chaque type de produit du tabac ; elle prévoit une interdiction totale de fumer dans les lieux publics et les transports publics, y compris les taxis et les véhicules privés lorsque des mineurs sont présents. La loi fixe des restrictions à la vente des produits du tabac et prévoit une interdiction totale de la publicité, du parrainage et de la promotion directe du tabac, ainsi que de l'étiquetage des marques.

La loi géorgienne sur la lutte contre le tabagisme oblige les fabricants et les importateurs de produits du tabac à soumettre au Centre national de contrôle des maladies et de santé publique (NCDC) de Géorgie une "liste d'ingrédients et d'émissions" spécialement approuvée. Les informations doivent être soumises trois mois avant la mise sur le marché du produit, conformément au format fourni par l'ordonnance №01-20/N (01.05.2018) du ministre du Travail, de la Santé et des Affaires sociales de Géorgie.⁸ L'annexe de l'arrêté №01-20/N qui présente les informations à soumettre est similaire à l'annexe définie dans la décision d'exécution (UE) 2015/2186 de la Commission. Des travaux sont en cours pour améliorer la réglementation existante et la rapprocher de la décision d'exécution (UE) 2015/2186 de la Commission.

La loi géorgienne sur la lutte contre le tabagisme prévoit des normes pour l'emballage et la conception des produits du tabac, y compris des avertissements sanitaires et picturaux, ainsi qu'une description détaillée des caractéristiques techniques pour l'application des avertissements. Il convient de noter que selon la législation géorgienne, similaire à celle de l'Union européenne, les avertissements sanitaires sur les paquets de produits du tabac doivent couvrir au moins 65 % des faces avant et arrière des paquets. Les avertissements picturaux et sanitaires sont réglementés séparément en Géorgie, sans que les avertissements sanitaires combinés soient pratiqués. Par conséquent, la réglementation géorgienne relative à l'emplacement précis de l'avertissement général et du message d'information sur les produits du tabac, ainsi que les spécifications techniques concernant la disposition, la conception et la forme des avertissements relatifs à la santé pour les produits du tabac à fumer diffèrent des directives de l'UE. Toutefois, des travaux sont en cours pour introduire des avertissements médicaux combinés et il est prévu de soumettre un document d'orientation pertinent au gouvernement en 2023.

En outre, les émissions sont également soumises à la réglementation⁹ avec des niveaux maximums et des mesures de nicotine, de goudron et de monoxyde de carbone pour les cigarettes avec et sans filtre. Ces normes sont fixées par la Commission européenne. Par ailleurs, des mesures fiscales et tarifaires sont appliquées aux produits du tabac. Dans le cadre de l'accord d'association, la Géorgie met en œuvre un rapprochement progressif des taux d'accises sur les produits du tabac. En outre, la loi géorgienne sur la lutte contre le tabagisme interdit la vente de tabac sans emballage normalisé à partir du 31 décembre 2022. Des sanctions administratives sont prévues en cas de violation des interdictions susmentionnées et le pouvoir de les appliquer est délégué à divers organismes publics tels que le ministère des finances, le ministère de l'intérieur et les agences municipales.

La législation actuelle sur la lutte contre le tabagisme fixe des normes strictes et couvre les cigarettes électroniques comme les produits du tabac conventionnels. Par conséquent, toutes les interdictions et réglementations relatives aux cigarettes s'appliquent également aux cigarettes électroniques. Par conséquent, les normes techniques relatives au mécanisme de recharge des cigarettes électroniques ne sont pas déterminées séparément par la législation géorgienne. Des travaux sont en cours pour établir des réglementations détaillées pour les nouveaux produits du tabac, y compris les cigarettes électroniques.

⁸. Ordonnance №01-20/N, 01.05.2018 du ministre des personnes déplacées à l'intérieur des territoires occupés, du travail, de la santé et des affaires sociales de Géorgie.

⁹. L'ordonnance N150 du 06.03.2020 du gouvernement géorgien sur les " Normes extraordinaires admissibles des substances émises par les cigarettes filtrées et non filtrées destinées à la vente en Géorgie (à l'exception du tabac à chauffer) (nicotine, goudron, gaz mousseux), les règles pour leur mesure et la réglementation sur l'approbation des normes médicales indiquant les normes maximales admissibles de la teneur en nicotine et des produits du tabac dans les lieux de vente, ainsi que sur la boîte / le bloc et l'emballage et leurs règles de livraison "

La loi géorgienne sur la lutte antitabac et la loi géorgienne sur la publicité prévoient une interdiction totale de la publicité, du parrainage et de la promotion directs et indirects du tabac, dans les médias audiovisuels, la presse écrite et l'internet. L'interdiction porte également sur l'étiquetage des marques. (Directive 2003/33/CE)

Sur la base du plan d'action de l'UE sur la consommation d'alcool chez les jeunes et sur la consommation épisodique excessive d'alcool, des conclusions du Conseil sur l'alcool et la santé, de la stratégie de l'UE visant à aider les États membres à réduire les dommages liés à l'alcool, de la stratégie communautaire visant à réduire les dommages liés à l'alcool, des directives de l'UE et des documents pertinents de l'OMS et du CDC, le projet de stratégie et de plan d'action sur la prévention de l'abus d'alcool est en cours d'élaboration en Géorgie. Les éléments de la stratégie de lutte contre l'alcoolisme sont intégrés dans la stratégie nationale de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles 2022-2026, qui en est au stade des discussions internes finales avant son adoption en 2022. La stratégie multisectorielle sur l'alcool devrait être finalisée et approuvée par le gouvernement d'ici la fin de l'année 2023.

*En termes de prévention de la toxicomanie, la stratégie nationale de prévention de la toxicomanie 2021-2026 soutient les engagements de la Géorgie dans le cadre de l'accord d'association UE-Géorgie, notamment en accordant une attention particulière aux dispositions relatives aux droits de l'homme, à la lutte contre la toxicomanie, à la lutte contre la criminalité organisée, à l'administration de la justice pénale et à la santé. Ainsi, les exigences et les objectifs de la recommandation du Conseil du 18 juin 2003 relative à la prévention et à la réduction des dommages pour la santé liés à la toxicomanie, de la résolution du Conseil **2000/C218/03** du 29 juin 2000 relative à l'action sur les déterminants de la santé, la prévention de la toxicomanie et la réduction des dommages et du plan d'action antidrogue de l'UE pour 2009-2012 sont respectés.*

f) Dans le contexte de la crise du COVID-19, veuillez évaluer l'adéquation des mesures prises pour limiter la propagation du virus dans la population (dépistage et traçage, éloignement physique et auto-isolément, fourniture de masques chirurgicaux, de désinfectants, etc.) ainsi que les mesures prises pour traiter les malades (nombre suffisant de lits d'hôpitaux, y compris d'unités de soins intensifs et d'équipements, et déploiement rapide d'un nombre suffisant de personnel médical tout en veillant à ce que leurs conditions de travail soient saines et sûres - une question abordée à l'article 3 ci-dessus). Veuillez indiquer les mesures prises ou prévues à la suite de cette évaluation.

En réponse à la propagation rapide de la maladie infectieuse causée par le nouveau coronavirus (SARS-CoV-2) apparu à Wuhan (province de Hubei, Chine), le 31 décembrest 2019 et pour prévenir la propagation des cas de COVID-19 en Géorgie, le gouvernement de Géorgie a pris des mesures importantes un mois avant que le premier cas de COVID-19 ne soit confirmé.

Sur la base des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé et des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, la définition des cas d'infection par le COVID-19 a été approuvée le 31 janvierst et le pays est passé en phase de surveillance active. Un centre d'opérations d'urgence a été mis en place au Centre national de contrôle des maladies et de santé publique.

Du 6 au 14 février, diverses recommandations méthodologiques et protocoles liés au COVID-19 ont été élaborés et approuvés, des conférences vidéo ont été lancées et du matériel pédagogique a été distribué.

Le 16 mars, la création du groupe de gestion des cas cliniques de la nouvelle maladie infectieuse à coronavirus (SRAS-CoV-2) (COVID-19) a été approuvée. Ce groupe a élaboré des lignes directrices nationales pour le traitement du COVID-19.

Les tests de détection du COVID-19 en Géorgie par la méthode PCR (réaction en chaîne de la polymérase) ont débuté le 30 janvier au Centre Richard G. Lugar pour la recherche en santé publique. La méthode PCR est considérée comme l'étalon-or dans le diagnostic du COVID-19. Aujourd'hui, 14 laboratoires effectuaient des tests PCR.

Conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé, une évaluation de l'état de préparation des hôpitaux en termes de contrôle des infections a été réalisée en février, ainsi qu'une évaluation de l'état et de la quantité des ventilateurs et du nombre de personnel médical qualifié. Au total, 297 établissements d'hospitalisation (86 % appartenant au secteur privé) fonctionnent dans le pays avec 17 514 lits, dont 2 290 sont destinés aux soins intensifs et aux services médicaux d'urgence, et possèdent 2 043 ventilateurs en état de marche ou réservés. 1749 d'entre eux sont adaptés à la gestion du syndrome de détresse respiratoire. Au total, 9000 lits ont été mobilisés dans tout le pays pour gérer le COVID-19.

Parallèlement à la préparation du secteur hospitalier, afin d'éviter une utilisation excessive des services d'urgence par les patients souffrant de fièvre et de symptômes respiratoires et d'impliquer efficacement les établissements de soins de santé primaires dans la gestion du COVID, un service de transfert d'appels de la ligne d'urgence 112 vers les médecins de famille a été mis en place. Le MoIDPLHSA a déjà utilisé ce modèle lors de la pandémie de grippe.

Afin de réduire les risques sanitaires pour la population et la propagation de l'infection, le gouvernement a commencé à créer des espaces de quarantaine à partir du 4 mars, ce qui garantit encore le placement des cas suspects ou des personnes à haut risque du COVID-19. La zone de quarantaine comprend 84 hôtels à travers le pays, ce qui porte le total à plus de 6 500 chambres. Le 23 mars, le MoIDPLHSA a fixé les modalités de l'auto-isolement/quarantaine.

Le groupe d'enquête épidémiologique du Centre national de contrôle des maladies et de santé publique et les centres municipaux de santé publique procèdent régulièrement à la recherche des contacts en établissant une "carte de l'historique des contacts" du patient dans les 24 heures suivant le diagnostic de COVID-19, afin d'identifier les personnes en contact avec le cas confirmé.

Une application développée par l'organisation non gouvernementale autrichienne NOVID-20 et la société autrichienne Dolphin Technologies, en tant qu'outil important pour la traçabilité des contacts des patients infectés par le COVID-19 et la prévention de la propagation du virus, est disponible en Géorgie à partir du 16 avril 2020. L'application permet aux utilisateurs de savoir s'ils ont été en contact avec une personne infectée par le COVID-19.

Du matériel d'information et d'éducation a été préparé, publié et diffusé, y compris pour les minorités ethniques en langues arménienne et azerbaïdjanaise ; du matériel éducatif fondé sur des données probantes provenant des CDC, de l'OMS et d'autres sources internationales est en cours de traduction et d'adaptation. Du matériel visuel, des messages éducatifs, des infographies et du matériel vidéo ont été élaborés et diffusés par l'intermédiaire du réseau social.

Une bonne gestion des appels à la ligne d'urgence a contribué de manière significative à éviter que les patients ne soient orientés vers des structures médicales sans raison valable. Au début de la pandémie, dans un contexte de pénurie d'informations et de panique, la majorité des appels de la population étaient dirigés vers le 116 001 (ligne d'urgence du Centre national de contrôle des maladies et de santé publique) et le 1505 (ligne d'urgence du ministère des personnes déplacées des territoires occupés, du travail, de la santé et des affaires sociales de Géorgie).

Le ministère des personnes déplacées des territoires occupés, du travail, de la santé et des affaires sociales de Géorgie exprime une gratitude particulière à tous les partenaires internationaux (y compris les gouvernements des États-Unis, de l'Allemagne, de la Chine, du Japon, de la Corée, de l'Estonie, de la Bulgarie, de la Lituanie, de la République tchèque, de la Suède, de la Grande-Bretagne, de la France et de la Türkiye, ainsi que les organisations internationales/donatrices) : Banque mondiale, USAID, CDC, DTRA, WRAIR, DOD, ODC, INL, AIEA, OMS, PNUD, FNUAP, UNICEF, HCR, OIM, UE, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Agence tchèque de développement, Caritas tchèque, SIDA, KFW, GIZ/BMZ) pour leurs efforts et le soutien qu'ils ont apporté au ministère afin de répondre efficacement à la pandémie de COVID-19".

147. Plusieurs délégations ont fait remarquer que les informations fournies n'étaient pour la plupart pas pertinentes du point de vue de la conclusion. Il a été souligné que seule la réponse à la non-conformité devait être fournie et que seules ces informations devaient être présentées.

148. Le représentant de la France a souligné que le droit à l'accès à l'eau est d'une importance capitale et qu'il existe des programmes pour traiter le problème et aider l'Etat et que des actions sont déjà en cours.

149. Le Comité gouvernemental a procédé au vote d'une recommandation qui n'a pas été adoptée (3 voix pour, 4 contre et 32 abstentions pour le premier motif de non-conformité, 4 voix pour, 1 contre et 29 abstentions pour le deuxième motif de non-conformité et 7 voix pour, 3 contre et 23 abstentions pour le troisième motif de non-conformité). Il a invité les autorités à fournir les informations nécessaires dans le prochain rapport.

150. Certaines délégations ont souligné que ces cas ne devraient pas être évalués sur le fond mais regroupés en vue d'une décision pour défaut persistant de fourniture d'informations pertinentes et que cela devrait être pris en compte dans les nouvelles méthodes de travail. Certaines délégations ont en outre suggéré qu'une recommandation automatique s'applique aux cas dans lesquels les informations ne sont pas fournies.

RESC 11§3 MOLDAVIE

151. Le CEDS a conclu que la situation en République de Moldova n'était pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif que :

- il n'a pas été établi que des mesures adéquates ont été prises pour lutter contre la pollution de l'environnement ;
- il n'existe pas de mesures adéquates pour protéger la population contre les risques liés à l'amiante ;
- les mesures nécessaires n'ont pas été prises pour interdire de fumer dans les lieux publics.

152. En 2017, le CEDS a constaté la détérioration des indicateurs relatifs à la qualité de l'air, des sols et de l'eau et a demandé des informations sur les mesures prises pour remédier à ces problèmes, ainsi que sur les niveaux de pollution de l'air, de contamination de l'eau potable et d'intoxication alimentaire. Les informations demandées n'ont pas été fournies et le CEDS a conclu que la situation n'était pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif qu'il n'avait pas été établi que des mesures adéquates étaient prises pour lutter contre la pollution de l'environnement.

153. En 2017, le CEDS a conclu à la non-conformité avec l'article 11§3 de la Charte au motif que des mesures adéquates protégeant la population des risques liés à l'amiante n'étaient pas en place et a demandé des éclaircissements sur le point de savoir si l'utilisation de l'amiante dans les matériaux de construction était interdite ou réglementée, ainsi que des informations sur les résultats obtenus en matière de réduction de l'exposition de la population à l'amiante. Le CEDS a noté en 2021 qu'une loi adoptée au cours de la période de référence (loi n° 141/2016) interdisait certains types d'amiante, mais pas tous, et qu'en fait le type d'amiante le plus répandu en République de Moldavie, le chrysotile, restait largement disponible. Il a réitéré sa demande de clarification quant à l'interdiction ou à la réglementation de l'utilisation de l'amiante dans les matériaux de construction, ainsi que d'informations sur les résultats obtenus en matière de réduction de l'exposition de la population à l'amiante. Entre-temps, le CEDS a réitéré sa conclusion selon laquelle la situation n'est pas conforme à l'article 11, paragraphe 3, de la Charte, au motif qu'il n'existe pas de mesures adéquates pour protéger la population contre les risques liés à l'amiante.

154. Le secrétariat a rappelé qu'en 2005, le CEDS avait reporté ses conclusions en raison de l'attente d'informations sur la pollution de l'air, les rayonnements ionisants, le mécanisme de surveillance des niveaux de bruit, les mesures prises pour améliorer et surveiller la qualité de l'eau potable, ainsi que sur l'interdiction de l'amiante. Les conclusions suivantes, en 2009, 2013, 2015 et

2017, ont toutes été jugées non conformes, pour divers motifs. L'insuffisance des mesures de protection de la population contre les risques liés à l'amiante a été un motif de non-conformité en 2009, 2013 et 2017. Le motif de l'absence de mesures adéquates pour lutter contre la pollution de l'environnement apparaît pour la première fois en 2021, en raison d'un manque persistant d'informations.

155. Le Comité gouvernemental a examiné le cas en 2011, en ce qui concerne les conclusions 2009, a invité le gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et a décidé d'attendre la prochaine évaluation du CEDS. En 2014, dans le cadre du suivi des conclusions 2013, certaines informations ont été fournies par écrit mais le Comité gouvernemental n'a pas examiné la situation.

156. Aucune information n'a été fournie et le représentant de la Moldavie n'était pas présent lors de la discussion.

157. Le Comité gouvernemental a adopté une recommandation (avec 26 voix pour, 0 contre et 1 abstention pour le premier motif de non-conformité, 27 voix pour, 0 contre et 5 abstentions pour le deuxième motif de non-conformité et 28 voix pour, 0 contre et 5 abstentions pour le troisième motif de non-conformité).

RESC 11§3 ROUMANIE

158. Le CEDS a conclu que la situation en Roumanie n'était pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif qu'il n'existait pas de programmes efficaces de vaccination et de surveillance épidémiologique.

159. En 2017, le CEDS a constaté une baisse spectaculaire de la couverture vaccinale au niveau national pour les vaccins inclus dans le programme national de vaccination et la Roumanie a connu de graves épidémies de rougeole touchant des nourrissons trop jeunes pour être vaccinés. La Roumanie a également été confrontée à de graves pénuries ou retards de vaccins. En conséquence, le Comité a demandé des informations actualisées sur les taux de couverture ainsi que sur l'impact des mesures prises pour augmenter la couverture vaccinale dans le prochain rapport, tout en réservant sa position sur ce point dans l'intervalle.

160. Les informations demandées n'ont pas été fournies en 2021 et le CEDS a conclu que la situation n'était pas conforme à l'article 11§3 de la Charte au motif qu'il n'existait pas de programmes efficaces de vaccination et de surveillance épidémiologique.

161. Le Secrétariat a rappelé qu'en 2003, 2005, 2009 et 2017, le Comité a reporté sa conclusion dans l'attente de la réception des informations demandées concernant l'amiante, le tabagisme, l'abus d'alcool, la sécurité alimentaire, la pollution sonore ainsi que le suivi épidémiologique et la vaccination. En 2013, le Comité a conclu que la situation en Roumanie était conforme à l'article 11§3, bien que la réception des informations demandées soit en suspens.

162. Le Comité gouvernemental n'a pas examiné la situation.

163. Le représentant de la Roumanie a présenté les informations suivantes :

"Les médecins des maternités, des cabinets médicaux individuels et des cabinets médicaux scolaires, quelle que soit la forme d'organisation des soins de santé dans le système public ou privé et quelle que soit la compagnie d'assurance maladie avec laquelle ils ont un contrat pour la fourniture de services de santé, sont tenus d'assurer la vaccination correcte des enfants et d'enregistrer les données sur les vaccinations effectuées dans le cadre du programme national de vaccination dans le registre électronique national des vaccinations.

Le schéma de vaccination recommandé pour les enfants et les adolescents est défini dans le Programme national de vaccination approuvé par arrêté du ministre de la santé.

Le calendrier de vaccination est révisé régulièrement et le coût des vaccins du programme national est pris en charge par l'État. Les vaccins inclus dans le calendrier national de vaccination protègent

contre des maladies telles que l'hépatite B, la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la toux convulsive, la poliomyélite, les infections à pneumocoques, le cancer du col de l'utérus, la rougeole, les oreillons ou la rubéole.

Dans la nouvelle stratégie nationale de santé 2022-2030, qui est sur le point d'être approuvée, un certain nombre de mesures sont prévues pour améliorer la vaccination :

-Améliorer les performances du programme national de vaccination, notamment en augmentant l'acceptabilité et la durabilité de la vaccination ;

-Améliorer la capacité de coordination des structures du ministère de la santé afin de garantir un taux de vaccination optimal, en se concentrant sur le développement du cadre stratégique et réglementaire pour la coordination de la vaccination, le développement et l'approbation de la stratégie nationale d'immunisation et du plan d'action, en garantissant un financement adéquat pour toutes les composantes du processus de vaccination dans un cadre budgétaire pluriannuel (par exemple, le recensement de la population éligible, l'information, l'éducation, la mobilisation de la population, l'achat, le stockage et la distribution des vaccins).

-Renforcer/développer les capacités de gestion et/ou la mise en œuvre du programme national de vaccination conformément au calendrier national en vigueur et garantir les ressources nécessaires à l'amélioration du calendrier national de vaccination ;

- Approvisionnement prévisible et en temps voulu des vaccins en fonction des besoins ;

- Renforcer les capacités de surveillance des effets indésirables post-vaccinaux, d'information et d'alerte rapide au niveau national et dans le système de santé.

Le pourcentage d'enfants vaccinés selon le calendrier est inférieur au niveau optimal pour les vaccins administrés par les médecins de famille, étant donné qu'il y a eu des discontinuités dans l'approvisionnement en produits biologiques ou qu'ils ont été achetés en quantités insuffisantes.

En 2020, la vaccination contre le papillomavirus a fait l'objet d'un suivi mensuel. Aux premier et quatrième trimestres, l'évolution des campagnes de vaccination contre la grippe a également été suivie.

En août 2020, l'activité d'estimation de la couverture vaccinale à l'âge de 12 mois pour les enfants nés en juillet 2019 a été réalisée. Les antécédents de vaccination de 13 618 enfants ont été évalués, ce qui représente 89,9 % de la cohorte respective de naissances vivantes. Sur les 13 618 enfants, 8025 (58,9%) viennent des zones urbaines et 5593 (41,1%) des zones rurales.

Pour le vaccin BCG (contre la tuberculose), la couverture vaccinale est optimale (plus de 95%) tant au niveau total qu'au niveau de la résidence.

Au premier trimestre 2020, la campagne de vaccination contre la grippe des personnes appartenant aux groupes à risque s'est poursuivie avec un vaccin distribué gratuitement par le ministère de la Santé pour la saison 2019-2020 (débutée en septembre 2019) et 157 070 personnes ont été vaccinées contre la grippe. Au troisième trimestre 2020, 1 760 663 personnes ont été vaccinées contre la grippe à la fin de l'année.

En Roumanie, la campagne du Mois national de l'information sur la vaccination est célébrée chaque année au mois d'avril. Cette campagne vise à souligner la nécessité de sensibiliser aux avantages de la vaccination, afin de garantir la protection de tous contre les maladies évitables par la vaccination.

Les groupes cibles identifiés pour la campagne en Roumanie étaient la population générale et les professionnels de la santé et de l'aide sociale.

Une autre campagne récente de promotion de la vaccination a été organisée en 2019 par le ministère de la Santé en collaboration avec l'UNICEF en Roumanie - "L'enfance, le plus beau des cadeaux". Le but était d'informer les parents et le grand public de l'importance et des avantages de la vaccination, qui sauve des millions de vies chaque année dans le monde. L'objectif principal était

d'encourager la vaccination des enfants conformément au programme national de vaccination. La campagne était également soutenue par l'Organisation mondiale de la santé.

Cette campagne s'inscrivait dans la continuité des campagnes de vaccination porte-à-porte menées par le ministère de la santé en partenariat avec l'Organisation mondiale de la santé et l'UNICEF dans plusieurs communautés vulnérables des comtés de Mehedinți et de Bacău. Ces campagnes ont également été suivies par des représentants des directions de la santé publique, qui ont reproduit ce modèle de campagne dans d'autres comtés.

Lors des séances d'information, une équipe de spécialistes, composée de médecins de famille, d'épidémiologistes et de psychologues, a présenté aux parents des informations sur les avantages de la vaccination et les risques de la non-vaccination et a répondu à leurs questions. Le taux de vaccination ROR (rougeole-oreillons-rubéole) est ainsi passé dans ces communautés à plus de 90 %".

164. Le Comité gouvernemental a exhorté les autorités à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et a décidé d'attendre l'évaluation du CEDS.

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Article 12, paragraphe 1 - établir ou maintenir un système de sécurité sociale.

165. Le Secrétariat a déclaré que dans ce cycle et en ce qui concerne cette disposition, le "motif de non-conformité le plus courant - est l'inadéquation des niveaux minimaux de prestations de sécurité sociale". Les niveaux minimaux inadéquats restent le principal motif de non-conformité. Pour ce motif, les cas qui SONT CHOISIS ne sont pas seulement inadéquats, mais en plus, dans ces cas, les niveaux sont inférieurs à 40 % du revenu équivalent médian. C'est le cas dans ce cycle pour : Estonie, Hongrie, Lettonie, Roumanie, Monténégro. Dans le cas de la Géorgie et de l'Arménie, il s'agit du fait que le droit à la sécurité sociale en tant que tel n'est pas garanti. Dans le cas de la Géorgie et de l'Arménie, il s'agit du fait que le droit à la sécurité sociale en tant que tel n'est pas garanti, en raison d'une série de problèmes dans le système de sécurité sociale des deux pays, y compris le nombre insuffisant de branches.

RESC 12§1 ARMENIA

166. Le CEDS a conclu que la situation en Arménie n'était pas conforme à l'article 12§1 de la Charte au motif que le droit à la sécurité sociale n'était pas garanti à tous les travailleurs et à leurs ayants droit.

167. Le CEDS a rappelé que l'article 12§1 garantissait le droit à la sécurité sociale aux travailleurs et aux personnes à leur charge, y compris les travailleurs indépendants. Les États parties doivent garantir ce droit par l'existence d'un système de sécurité sociale établi par la loi et fonctionnant dans la pratique. La sécurité sociale, qui comprend des régimes universels et des régimes professionnels, comprend des prestations contributives, non contributives et combinées liées à certains risques. Il s'agit de prestations accordées en cas de survenance d'un risque, mais elles ne sont pas destinées à compenser un état de besoin potentiel qui pourrait résulter du risque lui-même. Un système de sécurité sociale existe au sens de l'article 12§1 lorsqu'il répond aux critères suivants, notamment en ce qui concerne le champ d'application personnel : le système de sécurité sociale doit couvrir un pourcentage significatif de la population pour l'assurance maladie et les prestations familiales. La couverture santé doit s'étendre au-delà des relations de travail. Le système doit couvrir un pourcentage significatif de la population active en ce qui concerne les prestations de remplacement du revenu, telles que les prestations de maladie, de maternité et de chômage, les pensions et les prestations en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

168. En 2017, le CEDS a noté que les soins de santé primaires étaient fournis gratuitement à tous les résidents (système de santé universel). Toutefois, en l'absence d'informations concernant la couverture personnelle des soins médicaux secondaires et tertiaires, il a estimé qu'il n'avait pas été établi que le système de sécurité sociale couvrait un pourcentage significatif de la population pour l'assurance maladie, comme l'exige la Charte. Le CEDS a noté dans le rapport 2021 qu'aucun

système d'assistance médicale secondaire et tertiaire gratuite ou à prix réduit n'a été mis en place. L'assistance médicale primaire est fournie dans des établissements ambulatoires et polycliniques et est gratuite pour l'ensemble de la population, tandis que l'assistance médicale spécialisée en milieu hospitalier n'est gratuite que pour certains groupes. Le Comité note également dans MISSCEO que si les soins primaires sont universels, les soins secondaires et tertiaires ne sont fournis qu'à des groupes déterminés. Le CEDS a estimé qu'en vertu de l'article 12, le système de sécurité sociale doit couvrir un pourcentage significatif de la population pour l'assurance maladie. Le CEDS s'est également référé à sa conclusion au titre de l'article 13, paragraphe 1, de la Charte, dans laquelle il note que de nombreuses familles n'ont pas accès aux soins médicaux. Le CEDS a estimé qu'il n'a pas été établi que la couverture personnelle des soins médicaux secondaires et tertiaires était adéquate.

169. Le Secrétariat a rappelé qu'après un report en 2009, le Comité a constaté en 2013 que la situation en Arménie n'était pas conforme à l'article 12§1 de la Charte au motif que la couverture personnelle des soins médicaux était insuffisante et que le niveau minimum des prestations de vieillesse était inadéquat.

170. En 2017, le Comité a conclu que la situation en Arménie n'était pas conforme à l'article 12§1 de la Charte au motif que :

- il n'est pas établi que le système de sécurité sociale garantisse une couverture adéquate des soins de santé ;
- le niveau de la pension sociale d'invalidité est insuffisant ;
- il n'a pas été établi que le niveau des prestations de chômage est adéquat.

171. En 2014 (en ce qui concerne les conclusions de 2013), des informations ont été fournies mais le Comité gouvernemental n'a pas examiné la situation.

172. Le représentant de l'Arménie a présenté les informations suivantes :

"1) Soins médicaux

Les services de soins de santé primaires sont fournis gratuitement à tous les groupes de la population. De nombreux services relevant des soins de santé secondaires et tertiaires, à savoir les traitements chirurgicaux et thérapeutiques en milieu hospitalier (à l'exception des services médicaux fournis à l'aide des technologies les plus récentes et les plus coûteuses approuvées par l'arrêté N 57-N du ministre de la santé du 28 septembre 2013), les tests de diagnostic difficiles d'accès, les services de soins dentaires gratuits et préférentiels garantis par l'État sont gratuits pour les personnes figurant sur la liste des groupes socialement vulnérables et spéciaux (décret gouvernemental N 318 du 4 mars 2004).

Depuis 2019, la liste des bénéficiaires des soins médicaux secondaires et tertiaires gratuits et les services fournis ont été élargis. En particulier :

Le budget de l'État couvre l'ensemble de la population :

- *Depuis janvier 2019, le traitement chirurgical des patients diagnostiqués avec des néoplasmes malins, Depuis février 2019, le programme de traitement thrombolytique de l'accident vasculaire cérébral ischémique aigu et la thrombectomie mécanique,*
- *Depuis avril 2019, le service d'aviation sanitaire, dont l'objectif est de fournir des soins médicaux d'urgence de haute qualité à la population des régions éloignées, de transporter le patient par hélicoptère et d'organiser des soins médicaux spécialisés dans les principaux centres médicaux d'Erevan.*
- *Depuis octobre 2019, les chirurgies cardiaques d'urgence (programme "Stent for Life"),*
- *Depuis février 2020, le programme de soins d'urgence ambulatoires en milieu hospitalier a été introduit, dans le cadre duquel les soins médicaux d'urgence dans une organisation médicale bien équipée qui ne nécessite pas une surveillance 24 heures sur 24 sont assurés par le service médical d'urgence à l'accueil.*

Pour les groupes socialement vulnérables et les groupes spéciaux :

Le seuil de précarité de la famille ayant le droit de recevoir des soins médicaux dans le cadre de l'ordre public a été ramené de "30.01" à "28.01", ce qui a permis d'élargir la liste des bénéficiaires.

La radiothérapie avec un accélérateur linéaire médical de plus de 15 MeV est désormais couverte par le budget de l'État. Pour d'autres groupes de la population, les radiothérapies mentionnées sont effectuées à des conditions préférentielles, en appliquant le principe du co-paiement. Les soins et services hospitaliers pour les enfants jusqu'à 18 ans sont entièrement pris en charge dans le cadre du budget de l'État. Auparavant, c'était le cas pour les enfants de moins de 7 ans.

Le gouvernement a également lancé le processus d'introduction de l'assurance maladie universelle d'ici la fin de 2023 (décret gouvernemental N 1902-L du 18 novembre 2021).

2. Indemnité pour accident du travail

La partie 1 de l'article 202 du code du travail de la République d'Arménie stipule que si l'état de santé de l'employé s'est détérioré en raison du travail effectué (l'employé est incapable d'effectuer son travail antérieur en raison d'une blessure, d'une maladie professionnelle ou d'autres motifs d'altération de la santé) et s'il est impossible de transférer l'employé à un autre emploi correspondant à sa profession/son métier, à ses qualifications et à son état de santé, l'employé perçoit une indemnité, dont le montant est fixé par la législation, jusqu'à ce que l'avis de la commission d'experts médico-sociaux de l'État sur la capacité de travail de l'employé ait été reçu. Si l'employé n'est pas assuré contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, l'employeur est tenu de verser une indemnité en fonction du degré d'incapacité de travail.

3. Prestations familiales

• Le ministère du travail et des affaires sociales désigne un régime de prestations d'amélioration de la protection familiale basé sur l'évaluation des besoins de la famille. Ce régime comporte trois volets différents : Les prestations familiales, les prestations sociales et l'aide d'urgence. Le régime couvre plus de 12 % de la population et 22 % des enfants.

• Les prestations familiales sont accordées aux familles ayant des enfants de moins de 18 ans. Le montant de l'allocation dépend de l'évaluation des besoins de la famille. En décembre 2021, il y avait environ 57 700 familles bénéficiaires avec 138 200 enfants de moins de 18 ans. Environ 20,72 % des enfants sont inclus dans le régime de prestations. L'allocation mensuelle moyenne est de 31 350 AMD.

• Les prestations sociales sont accordées aux familles sans enfants de moins de 18 ans. En décembre 2021, le nombre de bénéficiaires était d'environ 24 700 familles. La prestation mensuelle moyenne est de 18 000 AMD. Parallèlement, il existe des prestations universelles accordées aux familles avec enfants. En particulier :

• L'allocation unique de naissance est attribuée au parent ou à la personne qui s'occupe d'un enfant nouvellement né. L'allocation est de 300 000 AMD pour le premier et le deuxième enfant, de 1 000 000 AMD pour le troisième et le quatrième et de 1 500 000 AMD pour le cinquième enfant et tous les suivants.

• L'allocation de garde d'enfants de moins de 2 ans est attribuée aux parents qui travaillent et, à partir de juillet 2020, aux parents vivant dans une zone rurale, quelle que soit leur situation professionnelle. Le montant de l'allocation est de 28 600 AMD.

4. L'assurance chômage

Le ministère du travail et des affaires sociales a entrepris des recherches initiales sur la possibilité d'introduire un système d'assurance chômage. L'évaluation de base sera présentée dans la stratégie

pour l'emploi qui est actuellement en cours d'élaboration, et un calendrier et des objectifs seront définis en conséquence.

5. Invalidité, prestations de maladie, pension sociale

• *Le 1er janvier 2019, la "pension minimale" a été introduite et fixée à 25 500 AMD, puis à 26 500 AMD le 1er janvier 2020 et, à partir de janvier 2022, à 28 600 AMD pour tous les bénéficiaires et à 37 000 AMD pour les enfants handicapés.*

• *Depuis le 1er janvier 2019, le montant des allocations de vieillesse, d'invalidité, de perte de soutien de famille a été porté au seuil d'extrême pauvreté : 25 500 AMD en 2019, 26 500 AMD en 2020 et 28 600 AMD depuis le 1er janvier 2022.*

• *À partir du 1er janvier 2020, la pension de base est passée de 16 000 AMD à 18 000 AMD, et la valeur d'une année d'expérience professionnelle pour les dix premières années est passée de 800 AMD à 950 AMD.*

• *Le montant minimum de l'allocation de maternité est de 156 000 AMD, et le montant de l'allocation pour incapacité temporaire de travail dépend du nombre de jours d'incapacité de la personne (les allocations minimales sont égales à 50 % du salaire minimum)".*

173. Le président a expliqué, à la demande des autorités arméniennes, la différence entre la sécurité sociale et l'assistance sociale. Il a noté que l'allocation de chômage, qui fait partie de la sécurité sociale, n'est pas prévue.

174. Le représentant de la France a déclaré que le système de sécurité sociale est d'une importance capitale et qu'il devrait y avoir une recommandation à cet effet, mais qu'elle devrait noter les efforts entrepris par les autorités jusqu'à présent.

175. La représentante de l'Irlande a souligné que l'article 12§1 exige un système de sécurité et qu'il existe des allocations de chômage. Si un pays adhère à cette disposition et qu'il s'agit d'une question centrale de la Charte, il doit garantir ces prestations, ce qui n'est pas le cas de l'Arménie.

176. Le Comité gouvernemental a procédé au vote d'une recommandation qui n'a pas été adoptée (par 15 voix pour, 5 contre et 13 abstentions). Il a reconnu les efforts déployés par les autorités et a décidé d'envoyer un message à l'Arménie pour lui signifier qu'elle a l'obligation de mettre en place et de maintenir le système de sécurité sociale.

RESC 12§1 ESTONIE

177. Le CEDS a conclu que la situation en Estonie n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte au motif que :

- le niveau minimum des prestations de maladie est insuffisant ;
- les niveaux minimaux de l'allocation de chômage et de l'allocation d'assurance chômage étaient insuffisants ;
- le niveau minimum de la pension contributive était insuffisant.

178. En ce qui concerne les prestations d'assurance maladie, l'indemnité journalière moyenne a augmenté, mais le CEDS a observé que ces niveaux sont, là encore, inférieurs à 40 % du revenu équivalent médian. Par conséquent, le Comité a réitéré sa précédente conclusion de non-conformité en ce qui concerne l'adéquation des prestations d'assurance maladie.

179. Le CEDS a également noté dans le rapport que les bénéficiaires de l'allocation de chômage et des prestations d'assurance chômage ont toujours accès à l'allocation de subsistance et à l'allocation familiale fondée sur les besoins. Toutefois, étant donné que les niveaux minimums de l'allocation de chômage et des prestations d'assurance chômage sont inférieurs à 40 % du revenu

médian équivalent, le CEDS ne tient pas compte de leur cumul avec d'autres prestations et, par conséquent, leurs niveaux restent inadéquats et la situation n'est pas conforme à l'article 12, paragraphe 1.

180. En ce qui concerne la pension de vieillesse contributive, le CEDS a estimé que ces niveaux sont inadéquats car ils sont inférieurs à 40 % du revenu équivalent médian. La situation n'est donc pas conforme à l'article 12§1.

181. Le Secrétariat a rappelé qu'il s'agissait d'une non-conformité de longue date, dans laquelle le niveau de diverses prestations de remplacement du revenu s'est avéré extrêmement bas. En particulier, les niveaux de pension ont donné lieu à une non-conformité en 2006, 2009, 2013 et 2017. Le niveau de l'allocation de chômage publique a été jugé manifestement inadéquat en 2004, 2013 et 2017. Le niveau des indemnités de maladie a été jugé inadéquat en 2017, après que le CEDS a réservé sa position sur ce point à deux reprises dans l'attente d'informations.

182. En 2005, 2007, 2009 et 2011, le Comité gouvernemental a pris note des informations fournies par le délégué estonien et a décidé d'attendre la prochaine évaluation du CEDS.

183. Le représentant de l'Estonie a présenté les informations suivantes :

"L'indemnité de maladie est une compensation financière versée à un assuré sur la base d'un certificat de congé de maladie. Sur la base de ce certificat, l'employeur et le Fonds d'assurance maladie verseront à la personne l'indemnité pour incapacité temporaire de travail. L'employeur calcule le montant de l'indemnité de maladie sur la base du salaire moyen des six derniers mois. Le Fonds d'assurance maladie calcule les indemnités d'incapacité de travail sur la base des données de l'impôt social calculé ou payé pour le bénéficiaire au cours de l'année civile précédant la date de début de l'incapacité de travail indiquée dans le certificat d'incapacité.

Le taux minimum de l'indemnité de maladie dépend du salaire et du taux de salaire mensuel minimum. Le taux de l'indemnité de maladie est de 70 % du taux de salaire. En Estonie, le salaire minimum fixé par le gouvernement est négocié entre la Confédération des syndicats estoniens et la Confédération des employeurs estoniens. Le montant négocié est approuvé par le gouvernement sur la base du paragraphe 29 (5) de la loi sur les contrats de travail. Le salaire mensuel minimum est établi pour l'année budgétaire précédente. Si la personne n'a pas travaillé au cours de l'année civile précédant sa maladie et qu'aucune taxe sociale n'a été payée ou calculée pour elle, son revenu moyen est réputé être égal au salaire mensuel minimum fixé par le gouvernement.

Le salaire minimum en Estonie a augmenté progressivement au fil des ans : de 430 euros en 2016, il est passé à 540 euros en 2019 et à 654 euros en 2022. Étant donné que le salaire minimum a augmenté presque chaque année, le taux minimum des prestations de maladie a également augmenté.

En Estonie, le montant minimum des prestations de maladie était de 230 euros pour les salariés et de 209 euros pour les indépendants en 2016, et de 289 euros et 268 euros respectivement en 2019. Cependant, nous sommes conscients que le montant des prestations de maladie en Estonie ne répond pas entièrement aux attentes du Comité.

En ce qui concerne l'allocation de chômage minimale et l'allocation d'assurance chômage minimale, nous sommes conscients que le montant de ces allocations en Estonie ne répond pas entièrement à l'exigence de 40 % du revenu médian équivalent, comme l'indique le Comité. Le taux de l'allocation de chômage minimale et celui de l'allocation d'assurance chômage minimale dépendent également du taux du salaire mensuel minimal. L'allocation de chômage minimale et l'allocation d'assurance chômage minimale correspondent à 50 % du salaire mensuel minimal établi pour l'année budgétaire précédente.

Avec l'augmentation progressive du salaire minimum, l'allocation de chômage et l'allocation minimale d'assurance chômage ont également augmenté. En 2019, l'allocation de chômage minimale par mois s'élevait à 175 euros, en 2020 à 189 euros et en 2022 à 292 euros. L'allocation

minimale d'assurance chômage s'élevait à 258 euros par mois en 2019, à 270 euros en 2020 et à 302 euros en 2022.

-En 2023, le taux journalier de l'allocation de chômage à 31 fois sera de 327 euros (654 euros/31*50 %).

-Si le montant de l'allocation d'assurance chômage de l'assuré par jour civil est inférieur à 50 % du salaire minimum de l'année civile précédente, l'allocation est complétée à hauteur de ce montant. En 2023, le montant minimum de l'allocation par jour civil est de 10,9 euros (654 euros/30*50 %). Le montant minimum de l'allocation par mois dépendra du nombre de jours civils dans un mois donné.

En 2020, des modifications ont été apportées à la loi sur l'assurance chômage et à la loi sur les services et prestations du marché du travail en ce qui concerne l'allocation de chômage et l'indemnité d'assurance chômage :

-À partir du 1er août 2020, le montant de l'allocation d'assurance chômage pour les 100 premiers jours augmentera jusqu'à 60 % de la rémunération journalière moyenne sur neuf mois qu'une personne a perçue trois mois avant de devenir chômeur, et 40 % pour chaque jour civil suivant.

-À partir du 1er janvier 2021, le montant de l'allocation de chômage a également augmenté. Actuellement, le taux journalier qui sert de base au calcul de l'allocation de chômage est établi par le budget de l'État pour un exercice budgétaire, mais le taux journalier multiplié par 31 ne doit pas être inférieur à 50 % (auparavant 35 %) du salaire mensuel minimum en vigueur au 1er juillet de l'année précédant l'exercice budgétaire.

Afin d'améliorer le bien-être économique des chômeurs, à partir du 1er septembre 2020, une personne inscrite au chômage pourra travailler temporairement jusqu'à huit jours par mois civil, mais pas plus de 12 mois civils sur une période de 24 mois. La rémunération versée pour le travail temporaire au cours d'un mois civil et pour chaque travail temporaire ne doit pas dépasser 40 % du salaire mensuel minimum de l'année civile. Si toutes ces conditions sont remplies, la personne peut percevoir l'allocation de chômage et l'indemnité d'assurance chômage en même temps que la rémunération versée pour le travail temporaire.

De même, le droit ou le montant de l'allocation de chômage et de l'indemnité d'assurance chômage ne dépend pas de la situation de l'emploi ou des revenus des autres membres du ménage. Plusieurs membres du ménage peuvent bénéficier simultanément de l'allocation de chômage ou de l'allocation d'assurance chômage.

En ce qui concerne la pension de vieillesse contributive, la pension de vieillesse estonienne a toujours été étroitement surveillée afin que les groupes à faible revenu ne soient pas en situation de pauvreté. L'un des objectifs de l'accord de coalition du gouvernement estonien pour la période 2021-2023 est d'accroître le bien-être des personnes âgées grâce à des augmentations extraordinaires des pensions. L'objectif est de réduire la pauvreté relative grâce à l'augmentation des pensions et d'offrir aux retraités une plus grande sécurité et de meilleures possibilités d'adaptation.

Au 1er avril 2021, après l'indexation annuelle des pensions, l'augmentation de la pension complémentaire de la partie de base de la pension était de 16 euros. Il y a également eu une augmentation du complément de pension de 3,6 euros, qui fournit un revenu supplémentaire aux retraités qui ont élevé un ou plusieurs enfants pendant au moins huit ans et dont l'enfant est né avant 2013. Parallèlement à l'augmentation de la pension extraordinaire, la pension de vieillesse avec une durée de service moyenne de 44 ans a augmenté de 24 euros, passant de 528 euros à 552 euros, à laquelle peut s'ajouter un supplément de pension pour avoir élevé un enfant d'un montant de 3,6 euros par enfant. La pension nationale a été augmentée de 30 euros après indexation, ce qui a fait passer la pension nationale de 225,18 euros à 255,18 euros.

Les indexations annuelles ont constamment augmenté la pension de vieillesse de l'Estonie. En 2022, les pensions ont augmenté d'environ 7,9 % en raison de l'indexation, ce qui a fait passer la pension de vieillesse moyenne à 595 euros et la pension nationale à 275,34 euros.

Une augmentation supplémentaire de la pension de vieillesse et une exonération de l'impôt sur le revenu à partir du 1er janvier 2023 ont également été décidées, ce qui, avec l'indexation des

pensions, devrait permettre aux personnes âgées de percevoir environ 970 euros de plus en pensions de retraite par an. À partir du début de l'année 2023, la composante de base de la pension et la pension nationale augmenteront extraordinairement de 20 euros. L'augmentation de la composante de base de la pension contribuera à améliorer les moyens de subsistance de plus de 321 000 retraités et l'augmentation du taux de la pension nationale contribuera à la subsistance de 3 200 retraités nationaux. La pension moyenne sera également exonérée de l'impôt sur le revenu.

Afin de prévenir le risque de pauvreté des personnes âgées, la formule de calcul de la pension de vieillesse estonienne a été modifiée de manière à protéger davantage les retraités à faible revenu. À partir de 2021, la quatrième partie de la formule de calcul de la pension, appelée partie commune, sera perçue. La partie commune est une symbiose entre la durée de service et les composantes d'assurance. Grâce à la modification de la formule de pension, les pensions du premier pilier ne deviendront pas aussi inégales qu'elles ne l'auraient été avec une formule de pension en trois parties. Ce sont les retraités à faibles revenus qui bénéficient le plus de ce changement, car la part de la composante basée sur la solidarité a augmenté.

Nous avons analysé les composantes "ancienneté" et "assurance" de la formule de calcul de la pension estonienne et nous pouvons affirmer que, même avec un revenu très faible, la pension de vieillesse ne peut mathématiquement pas être inférieure à notre pension nationale (pension nationale = 275,34 euros). Si une personne a rempli l'exigence estonienne de 15 ans de service, sa pension de vieillesse sera supérieure à la pension minimale estonienne (pension nationale). En 2022, nous compterons environ 310 000 retraités. Notre pension de vieillesse moyenne est de 595 euros par mois. Seuls 255 retraités perçoivent une pension de vieillesse inférieure à 300 euros par mois. 3 460 personnes ont une pension de vieillesse inférieure à 350 euros par mois. La répartition des pensions estoniennes est uniforme et proche de la médiane.

Par rapport au revenu général, le problème en Estonie est l'augmentation plutôt rapide des salaires. La pension de vieillesse est calculée sur la base de l'impôt social des années précédentes, de sorte que, par rapport au salaire moyen, l'augmentation de la pension de vieillesse estonienne est toujours en retard et n'augmente que plus tard. En outre, l'indice des pensions estonien se compose de 80 % d'impôt social et de 20 % d'indice des prix à la consommation. En général, la croissance de l'indice des prix à la consommation a été plus lente que celle du salaire moyen, ce qui entraîne également un ralentissement de la croissance des pensions.

Les retraités vivant seuls en Estonie bénéficient également d'une aide supplémentaire, car le fait de vivre seul est un facteur de risque de pauvreté. L'allocation pour un retraité vivant seul passera en 2022 de 115 euros à 200 euros. Elle est versée une fois par an, en octobre, aux retraités qui vivent seuls selon le registre de la population et dont la pension mensuelle disponible est inférieure à 669 euros. Le versement de l'allocation pour personne seule contribuera à améliorer le revenu de près de 90 000 retraités.

En raison de l'augmentation du coût de la vie en 2022, tous les retraités recevront en novembre un paiement extraordinaire de 50 euros. Cette somme est destinée à leur permettre de faire face plus facilement à la hausse des prix.

Nous sommes convaincus que la pension de vieillesse estonienne est protégée contre le risque de pauvreté et nous travaillons constamment à l'amélioration du système".

184. Le président a rappelé que les informations à présenter doivent être concises et pertinentes et qu'il n'est pas nécessaire d'inclure de nombreuses statistiques ou données.

185. Le représentant de l'Irlande a constaté que le niveau des prestations était encore insuffisant et qu'aucune information n'était fournie en ce qui concerne les pensions. Le représentant de l'Estonie a confirmé que c'était le cas.

186. Le Comité gouvernemental a procédé au vote d'une recommandation qui n'a pas été adoptée (6 voix pour, 4 contre et 19 abstentions). Il a décidé d'inviter les autorités à poursuivre leurs efforts pour rendre la situation conforme à la Charte.

RESC 12§1 GEORGIA

187. Le CEDS a conclu que la situation en Géorgie n'était pas conforme à l'article 12§1 de la Charte au motif que le droit à la sécurité sociale n'était pas garanti à tous les travailleurs et à leurs ayants droit.

188. Dans ses conclusions de 2017, le CEDS a estimé que la situation n'était pas conforme à la Charte, car le système de sécurité sociale ne couvrait pas un nombre suffisant de risques puisqu'il ne prévoyait pas de prestations familiales, d'allocations de chômage et d'indemnités en cas d'accident du travail. En 2021, le Comité a noté que le rapport faisait à nouveau référence au décret gouvernemental de 2013 selon lequel les employeurs sont responsables de fournir aux employés un environnement de travail sûr et si le dommage à la santé du travailleur a été causé par la faute de l'employeur, ce qui est confirmé par le tribunal, l'employeur est tenu de rembourser le dommage. Le Comité note que la situation n'a toujours pas changé et maintient donc sa conclusion selon laquelle ce cadre juridique ne prévoit pas de régime d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles au sens de l'article 12 de la Charte. Le Comité a pris note de la loi sur la sécurité au travail (2018) de MISSCEO, selon laquelle l'employeur est tenu de fournir une assurance contre les accidents du travail à ses propres frais, pendant la période d'emploi. En l'absence d'assurance contre les accidents du travail, d'allocations familiales et de branches de chômage, le Comité considère que le droit à la sécurité sociale n'est pas garanti à tous les travailleurs et aux personnes à leur charge.

189. Le Secrétariat a rappelé que depuis 2009, le CEDS conclut que la situation en Géorgie n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte révisée au motif que les niveaux minimums des diverses prestations de remplacement du revenu sont manifestement inadéquats. En 2017, outre les motifs susmentionnés, le Comité a conclu que le nombre de risques couverts par le système de sécurité sociale était inadéquat, étant donné qu'il n'y avait pas de dispositions relatives aux prestations familiales, aux prestations de chômage ou aux prestations pour accidents du travail/maladies professionnelles.

190. En 2011, en ce qui concerne les Conclusions 2009, le Comité gouvernemental a invité la Géorgie à fournir des informations supplémentaires et a décidé d'attendre la prochaine évaluation du CEDS. Dans le cadre du suivi des Conclusions 2013, il a noté en 2014 que des informations supplémentaires devaient être fournies dans le prochain rapport. En 2018 (en ce qui concerne les Conclusions 2017), le Comité gouvernemental a adopté un avertissement.

191. Le représentant de la Géorgie a présenté les informations suivantes :

"Il n'existe pas de mécanisme d'assurance sociale en Géorgie. L'approche principale de la protection sociale géorgienne est d'assurer des garanties sociales de base par le biais d'une assistance sociale à des groupes ciblés, entièrement financée par les recettes fiscales/le budget de l'État.

Cependant, plusieurs groupes vulnérables sont identifiés et ciblés par différents régimes de sécurité sociale. Il s'agit des personnes handicapées, des personnes déplacées, des vétérans de guerre, des personnes âgées, des personnes vivant dans l'extrême pauvreté et des mineurs issus de ménages pauvres. En outre, les habitants des zones de haute montagne peuvent bénéficier de privilèges financiers. Divers programmes sont mis en œuvre dans le pays pour renforcer les familles et prévenir/réduire la pauvreté.

Le plus important est le programme d'assistance sociale ciblée, qui vise à améliorer la situation socio-économique des familles pauvres identifiées par le système d'évaluation (en particulier l'autonomisation des familles avec enfants). Le programme d'assistance sociale ciblée est axé sur

l'aide aux familles. Les initiatives de protection sociale jouent un rôle important dans la réduction de la pauvreté dans le pays :

En outre, dans le cadre du "Programme d'assistance sociale ciblée" pour les enfants de moins de 16 ans vivant dans des familles socialement vulnérables dont le score est inférieur à 120001, une allocation familiale sera versée en plus de l'allocation de subsistance, qui a doublé depuis 2021 et s'élève à 100 GEL. Il est prévu d'augmenter le montant des allocations familiales en 2022.

Afin d'améliorer la situation démographique du pays, un programme d'État ciblé est mis en œuvre, qui fournit une aide financière mensuelle au troisième enfant et aux suivants dans les régions où il n'y a pas d'accroissement naturel. En outre, une aide financière est accordée à chaque nouveau-né dont l'un des parents a le statut de résident permanent d'une région montagneuse. Un parent d'enfants multiples est une personne ayant quatre enfants ou plus et/ou des enfants adoptés. Le statut de parent d'enfants multiples est accordé à un parent sans restriction d'âge. Le budget de l'État finance l'aide à l'électricité pour une famille nombreuse : une famille nombreuse avec 4 enfants reçoit 20 GEL par mois à titre d'aide à l'électricité, et une famille avec cinq enfants ou plus, pour le cinquième enfant et les suivants, 10 à 10 GEL supplémentaires.

Le programme d'État pour la réhabilitation sociale et la protection de l'enfance, qui est approuvé chaque année, définit un certain nombre de sous-programmes visant à renforcer les familles, à améliorer le fonctionnement social des familles et à prévenir l'abandon d'enfants, tels que : les programmes d'assistance aux familles avec enfants en crise, le développement de la petite enfance, la réhabilitation/adaptation des enfants, les centres de soins de jour, les refuges pour mères et enfants.

Il n'existe aucune définition du terme "personne dépendante/enfant" dans le droit national. Selon le Code des droits de l'enfant, un "enfant" est défini comme "un mineur de moins de 18 ans", tandis que selon le Code civil de Géorgie (article 13057), "un enfant est une personne de moins de 16 ans". En outre, les parents ont le droit et l'obligation d'élever leurs enfants, de veiller à leur développement physique, mental, spirituel et social, et de les élever en tant que membres décentes de la société, en tenant compte de l'intérêt supérieur des enfants (article 1198).

Dans le cadre des programmes de protection sociale, les personnes/enfants handicapés reçoivent une aide financière sous la forme d'un forfait social ; les montants du forfait social augmentent en permanence. À partir de 2022, le forfait social pour les personnes gravement handicapées/enfants handicapés est passé à 275 GEL. Les enfants qui ont perdu leur soutien de famille, dans le cas où l'un des parents ou les deux sont décédés, reçoivent une aide financière jusqu'à l'âge de 18 ans - 100 GEL.

En outre, l'État fournit des services alternatifs aux enfants privés de soins parentaux, tels que le placement en famille d'accueil, l'adoption et, dans les cas extrêmes, le placement dans de petits foyers de type familial. Il existe un certain nombre de services de soutien aux personnes handicapées/enfants et à leurs familles, tels que des programmes de réadaptation, des sous-programmes de garde d'enfants, etc.

Le code des impôts de Géorgie prévoit des avantages sociaux pour les employés, notamment : le revenu imposable perçu au cours d'une année civile jusqu'à 3000 GEL pour une personne qui est une mère célibataire n'est pas imposé. Le revenu imposable reçu d'une organisation budgétaire sous la forme d'un salaire pour une année civile dans une région montagneuse par une personne ayant trois enfants ou plus en permanence (qui a trois enfants ou plus âgés de moins de 18 ans) dans une région montagneuse n'est pas non plus imposé.

En ce qui concerne les revenus d'une personne ayant un ou deux enfants et résidant en permanence dans une région montagneuse (qui a un ou deux enfants de moins de 18 ans), l'impôt sur le revenu à payer sur les revenus imposables jusqu'à 3 000 GEL perçus sous forme de salaire au cours d'une année civile est réduit de 50 pour cent. Les revenus perçus par une personne handicapée depuis l'enfance, ainsi que par les personnes souffrant de handicaps graves et profonds au cours de l'année civile, jusqu'à 6 000 GEL, ne sont pas imposés.

192. Le représentant de l'Irlande a déclaré que l'Irlande avait adopté une position audacieuse en rappelant que le système de sécurité sociale était crucial et nécessaire en vertu de la Charte. Il a demandé quel était le calendrier de mise en œuvre de la réforme envisagée. Le représentant de la Géorgie a expliqué que la réforme sera présentée au Parlement en 2023.

193. La représentante de la France a admis que de nombreux développements et efforts sont en cours au niveau national sur cette question. Elle a souligné qu'un encouragement devrait être envoyé à la Géorgie pour qu'elle continue.

194. Le président, soutenu par la Macédoine du Nord, a fait remarquer qu'il ne fallait pas oublier qu'à l'heure actuelle, le système de sécurité sociale n'existait pas en Géorgie et qu'une recommandation devrait être un moyen d'encourager et de guider les autorités dans ce processus.

195. Le Comité gouvernemental a procédé au vote d'une recommandation qui n'a pas été adoptée (20 voix pour, 4 contre et 13 abstentions). Il décide d'inviter les autorités à poursuivre leurs efforts pour rendre la situation conforme à la Charte.

RESC 12§1 HONGRIE

196. Le CEDS a conclu que la situation en Hongrie n'était pas conforme à l'article 12§1 de la Charte au motif que :

- le montant minimum de la pension de vieillesse était insuffisant ;
- la durée maximale de versement de l'allocation de demandeur d'emploi était trop courte.

197. Le CEDS a noté que le montant minimum de la pension de vieillesse est inférieur à 40 % du revenu médian équivalent et qu'il est donc manifestement insuffisant et que la situation n'est pas conforme à la Charte sur ce point.

198. Dans ses conclusions de 2017, le CEDS a estimé que la durée de l'allocation de demandeur d'emploi, qui était de 90 jours maximum, était trop courte. Il a noté dans le rapport 2021 à cet égard que le soutien aux demandeurs d'emploi inscrits peut être géré de manière dynamique, principalement en soutenant l'emploi ou en impliquant les personnes concernées dans des instruments actifs du marché du travail. Par conséquent, la prolongation de la période de paiement des allocations de chômage n'est pas à l'ordre du jour du gouvernement. Le CEDS a rappelé que, pour être conformes à l'article 12 de la Charte, les allocations de chômage doivent être versées pendant une durée raisonnable (Conclusions 2006, Malte). Il a constaté que cette situation n'avait pas changé et a donc réitéré sa précédente conclusion de non-conformité au motif que la durée des allocations de chômage est trop courte.

199. Le Secrétariat rappelle que la non-conformité persiste depuis 2013. En 2014 et 2018, dans le cadre du suivi des conclusions 2013 et 2017, le Comité gouvernemental a pris note des informations et explications fournies et a décidé d'attendre la prochaine évaluation du CEDS.

200. Le représentant de la Hongrie a présenté les informations suivantes :

"Position de la Hongrie sur le niveau actuel de la pension de vieillesse :

Le rapport contient déjà notre position antérieure sur le montant du minimum vieillesse, que nous maintiendrons et compléterons par ce qui suit.

Sur la base de la justification du Comité, le montant minimum de la pension de vieillesse devrait être augmenté car ce montant n'atteint pas 40 % du revenu médian égalisé (selon les données d'Eurostat, le seuil de pauvreté est de 2 926 euros par an et 195 euros par mois correspondent à 40 % du revenu médian égalisé).

Nous maintenons notre position selon laquelle le système de pension de la sécurité sociale est principalement basé sur le principe de l'assurance, de sorte que le montant de la pension doit refléter la performance de l'assurance au cours de la carrière active. Cela permet d'atteindre l'objectif selon lequel la pension de vieillesse compense la perte de revenu due au risque de vieillesse.

Le fait d'accorder le même montant de pension à ceux qui ont versé des cotisations pendant une courte période et/ou après avoir perçu un faible revenu et à ceux qui ont payé la charge publique après une période plus longue et/ou après avoir perçu un revenu plus élevé aurait pour effet de décourager fortement le versement de cotisations.

Notre déclaration écrite dans le rapport national de la Hongrie (17th), selon laquelle le groupe de retraités recevant un faible montant de pension est un groupe hétérogène, est toujours valable. Le faible montant de la pension versée par le Fonds de pension de l'assurance sociale hongroise peut résulter de la courte période de service accomplie (par exemple, pension partielle), du faible salaire gagné au cours de la carrière, ou du fait que l'assuré n'a pas accompli de périodes d'assurance exclusivement en Hongrie, et que nous ne payons donc qu'une partie de la pension (conformément à la règle de proportionnalité).

Une personne qui s'est acquittée de l'obligation de verser la cotisation minimale et qui a accompli 40 années de service au cours de la période de calcul du salaire moyen (de 1988 à la date du départ à la retraite) peut s'attendre à une pension de 102 435 HUF en 2022. Si une personne n'a accompli que 20 ans de service, elle peut prétendre à une pension plus faible de 70 615 HUF. En cas de 15 années de service (nécessaires pour la pension partielle), le montant de la pension sera de 55 685 HUF si l'obligation de paiement de la cotisation minimale a été remplie. En raison de la méthode de calcul intégrée au système et du principe de remplacement du revenu, le paiement de cotisations à long terme après un faible revenu se traduit par un montant de pension peu élevé.

Des pensions de vieillesse du même montant que la pension minimale ont été accordées à 140 personnes en 2017, 128 en 2018, 175 en 2019, 60 en 2020 et 63 personnes en 2021.

À titre de comparaison, le nombre total de personnes bénéficiant d'une pension de vieillesse était de 2 027 256 en 2017, 2 031 674 en 2018 et 2 053 600 en 2019 (source : Office central des statistiques de Hongrie).

Il existe un mécanisme intégré dans le système de pension pour les personnes recevant une faible pension, même si son applicabilité est limitée parce que les prestations de pension ne sont pas des prestations sociales. Cette mesure équitable est basée sur l'évaluation de la situation de vie du demandeur et permet d'augmenter le montant de la pension tous les trois ans ou d'accorder un paiement unique une fois par an à la demande du bénéficiaire de la pension. Toutefois, cette option n'est disponible que sous certaines conditions légales afin d'atteindre les personnes qui sont réellement dans le besoin.

Mesures visant à réduire la pauvreté des personnes âgées :

Dans le cas où la personne âgée n'acquiert pas de droit ou n'a droit qu'à une prestation de faible montant du système de pension de l'assurance sociale, son coût de la vie est couvert dans le cadre du système social principalement par l'octroi de l'allocation de vieillesse. Comme indiqué dans le rapport (p. 169), l'allocation de vieillesse n'est plus liée au montant de la pension de vieillesse depuis 2017, dont le montant doit être augmenté en même temps que les pensions. Conformément à cette règle, le montant de l'allocation de vieillesse en cas de personne sans revenu en 2022, si le demandeur n'est pas célibataire, est de 28.505 HUF, si le demandeur est célibataire et qu'il n'a pas encore atteint l'âge de 75 ans, le montant de l'allocation est de 33.525 HUF, et si le demandeur est célibataire et qu'il a atteint l'âge de 75 ans, le montant de l'allocation est de 45.255 HUF.

Depuis 2016, le gouvernement a décidé à plusieurs reprises d'accorder une allocation unique aux bénéficiaires de pensions et de prestations de type pension) en plus de leurs prestations mensuelles. Parmi ces mesures, on peut citer le chèque Elizabeth et le chèque logement de 2016 à 2019, la prime de pension à quatre reprises depuis 2017, ces mesures ne sont pas intégrées dans le montant

de la pension mais contribuent de manière significative à l'amélioration du niveau de vie des retraités. Pendant la pandémie de COVID-19, le gouvernement a réintroduit le 13e mois de pension.

En conclusion, nous demandons à la Commission de prendre en considération les faits suivants :

- Le faible montant du minimum vieillesse ne concerne qu'une très petite partie des personnes âgées ;
- Les retraités qui perçoivent le montant minimum de la pension de vieillesse ont également droit à d'autres types de prestations sociales (p. 169 du rapport) et à l'allocation unique mentionnée ci-dessus.

Pour les raisons susmentionnées, l'affirmation selon laquelle la Hongrie ne fournit pas de ressources suffisantes pour assurer aux personnes âgées un niveau de vie supérieur au seuil de pauvreté n'est pas fondée.

1. La durée maximale des allocations de demandeur d'emploi

Position de la Hongrie sur le délai de versement de l'allocation de demandeur d'emploi :

La loi fondamentale hongroise stipule que l'économie du pays est fondée sur le travail qui crée de la valeur et sur la liberté d'entreprise. C'est pourquoi la Hongrie s'efforce de créer les conditions permettant à ceux qui le peuvent et le veulent de trouver du travail.

La Hongrie souhaite également encourager les demandeurs d'emploi à rechercher activement du travail. Le changement de nom de l'allocation de chômage en 2012 en allocation de demandeur d'emploi et la maximisation de la durée de l'allocation à 90 jours reflètent cet objectif afin d'encourager les demandeurs d'emploi à devenir actifs. La Hongrie n'a toujours pas l'intention de modifier cet objectif, c'est pourquoi les mesures de la politique de l'emploi visent à garantir que tout le monde a déjà un emploi au bout de 90 jours ou plus tard.

L'augmentation de la durée de l'allocation de demandeur d'emploi peut réduire l'activité des demandeurs d'emploi. Il est plus difficile de passer du statut de demandeur d'emploi au marché du travail, et l'augmentation de la durée de l'allocation ne faciliterait pas ce processus. L'augmentation de la durée de l'allocation de demandeur d'emploi ne serait qu'une solution temporaire, notre objectif étant avant tout d'offrir aux gens des opportunités d'emploi. La possibilité de demander 80 % de l'allocation pour la période restante, qui est versée en une seule fois, encourage également les bénéficiaires de l'allocation de demandeur d'emploi à trouver un emploi dès que possible. Elle peut être demandée si le demandeur d'emploi établit une relation de travail à durée indéterminée d'au moins quatre heures par jour avant l'épuisement de la période de paiement.

Mesures visant à réduire le chômage :

La position du gouvernement hongrois est donc claire : les emplois existants doivent être maintenus et de nouveaux emplois doivent être créés, même avec des subventions si nécessaire. En outre, le gouvernement a l'intention de ramener les demandeurs d'emploi de longue durée sur le marché du travail par le biais d'un certain nombre de subventions, de services d'emploi personnalisés et de programmes du marché du travail. Il s'agit notamment de l'emploi public, qui est une forme spéciale d'emploi ("emploi de transit") visant à la socialisation au travail afin que l'employé public puisse retourner avec succès sur le marché du travail primaire. En outre, des subventions salariales favorisant l'emploi peuvent être accordées spécifiquement aux travailleurs gravement défavorisés et des services d'emploi personnalisés (ensemble de mesures de soutien et de services fournis en temps opportun et de manière ciblée par le biais d'un plan d'action individuel à l'aide d'un système de profilage) réduisent le risque de chômage de longue durée. En outre, d'autres programmes ciblés sur le marché du travail favorisent l'intégration harmonieuse des demandeurs d'emploi sur le marché du travail.

Cette philosophie inclut également les mesures de protection et de création d'emplois qui ont été prises pour réduire les effets de la pandémie de COVID-19 (par exemple, programme sectoriel de soutien aux salaires, programme de soutien aux salaires pour la protection de l'emploi, subvention salariale pour la création d'emplois, soutien à la main-d'œuvre pour les entreprises, régime d'indemnisation pour les indépendants, programme de soutien aux salaires pour les travailleurs du secteur de la RDI).

La réduction de la période de paiement de l'allocation de demandeur d'emploi n'a pas entraîné de changement radical du taux de chômage de longue durée. Comme le montrent les données, entre 2011 et 2020, le taux de chômage de longue durée a oscillé entre 25 et 30 %. (En 2021, ce taux est passé à 34 %, principalement en raison de la crise COVID-19 et des mesures - principalement dans le domaine de la protection de l'emploi - qui ont été prises pour en réduire les effets négatifs). Bien que la part des demandeurs d'emploi travaillant sur le marché du travail primaire ait quelque peu diminué après l'introduction de la période d'indemnisation de 90 jours, elle a augmenté de 4,4 points de pourcentage d'ici 2020 (de 38,8 % en 2010 à 43,2 % en 2020). On ne constate pas non plus d'augmentation considérable de la durée moyenne d'inscription : au cours de la période 2011-2020, la durée moyenne d'inscription d'un demandeur d'emploi se situait entre 10 et 13 mois.

En conclusion, les chiffres du chômage hongrois sont tombés bien en dessous de la moyenne de l'UE grâce à la société du travail qui fonctionne depuis 2010, c'est-à-dire qu'il est préférable de travailler plutôt que de demander une aide ou une allocation quelconque. Les données du registre administratif du travail montrent également une réduction du chômage et un taux d'emploi supérieur à la moyenne de l'UE. Le rétablissement du marché du travail après l'épidémie de COVID-19 s'est également déroulé rapidement. L'objectif de la Hongrie reste donc de fournir du travail et non de l'aide.

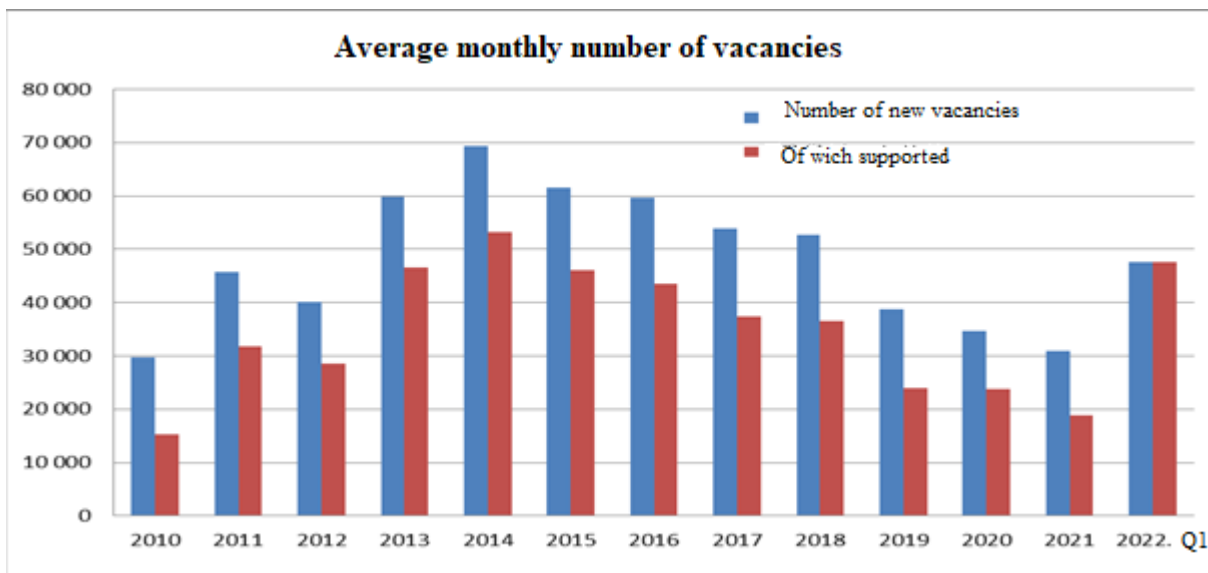
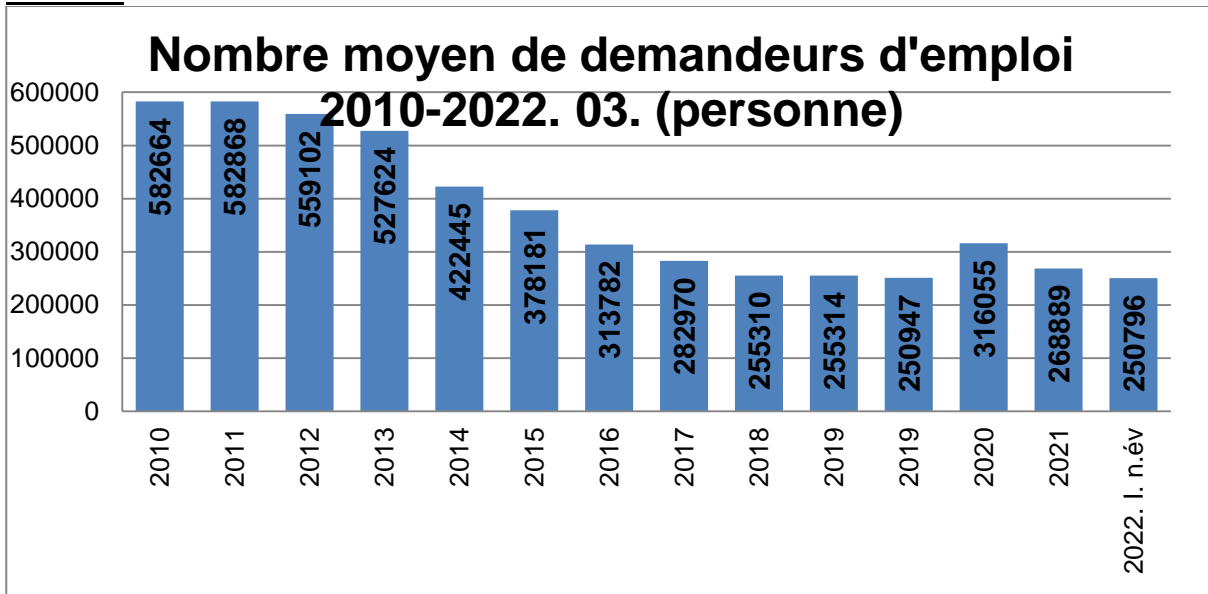
L'aide aux demandeurs d'emploi avant la pension :

L'aide aux demandeurs d'emploi avant la retraite (ci-après : l'aide aux demandeurs d'emploi) vise à soutenir et à améliorer les conditions de vie des chômeurs qui sont proches de l'âge de la retraite et qui ont déjà bénéficié d'une allocation de demandeur d'emploi. L'aide aux demandeurs d'emploi est subordonnée à la coopération du chômeur ; elle n'est accordée que si l'activité de recherche d'emploi du chômeur n'a pas été couronnée de succès.

Le montant de l'aide aux demandeurs d'emploi s'adapte au salaire minimum, son montant journalier doit être calculé sur la base de 40 % du salaire minimum, et il n'y a pas eu de changement à cet égard. Il est toutefois important de noter que cette prestation fait partie du régime d'aide à l'emploi, dont les caractéristiques du groupe cible diffèrent de celles de l'aide aux demandeurs d'emploi. En effet, l'aide aux demandeurs d'emploi est accordée pour une période plus longue - jusqu'à ce que le demandeur d'emploi soit éligible à la pension de vieillesse ou à l'allocation pour les personnes dont la capacité de travail a été modifiée. Dans le cas de l'aide aux demandeurs d'emploi, le chômeur a également le droit de travailler tout en percevant l'allocation. En cas de travail, l'aide à la recherche d'emploi - contrairement à l'allocation de recherche d'emploi qui est suspendue pendant la période de travail, quelle que soit la durée du travail, et dans des cas particuliers tels que l'emploi simplifié, l'aide à la recherche d'emploi est également versée pendant la période d'emploi. Dans ce cas, le paiement de l'aide aux demandeurs d'emploi est suspendu en raison du travail et est rétabli après la fin de la période d'emploi.

La possibilité d'exercer une activité rémunérée en dehors de l'aide aux demandeurs d'emploi a également été prise en considération lors de la détermination du montant de l'allocation, car elle permet aux chômeurs de bénéficier d'une nouvelle période de droit et donc de percevoir à nouveau l'aide aux demandeurs d'emploi. En résumé, la réglementation actuelle avantage les bénéficiaires de l'aide aux demandeurs d'emploi par rapport aux bénéficiaires de l'allocation de demandeur d'emploi, leur évitant ainsi de se retrouver sans revenu.

Chiffres :



Conclusion :

En conclusion, les mesures présentées ci-dessus, en particulier l'aide aux demandeurs d'emploi avant la pension, sont adaptées aux besoins et aux vulnérabilités des différents groupes sociaux. Nous considérons que ces mesures sont appropriées pour réduire avec succès le chômage, car elles visent à encourager l'emploi.

L'allongement du délai de versement de l'aide aux demandeurs d'emploi irait à l'encontre de cet objectif. Elle serait en contradiction avec l'objectif de l'article 12(1) de la Charte sociale européenne révisée, car elle entraînerait une augmentation du taux de chômage qui affecterait négativement la durabilité du système de sécurité sociale".

201. Le représentant de la France a noté qu'il y avait des développements positifs et que les autorités étaient engagées et le comité pour augmenter le niveau des prestations. Toutefois, compte tenu de la gravité de la question, les autorités devraient recevoir une recommandation pertinente.

202. Le président note que seulement 60 pensions sur l'ensemble des pensions sont au niveau minimum. Il demande combien de temps une personne doit travailler pour avoir droit à la pension

minimale. Le représentant de la Hongrie a expliqué qu'une personne doit travailler 20 ans et que le montant de la pension minimale est d'environ 57 euros. Il y a des personnes qui gagnent le salaire minimum. La pension moyenne est beaucoup plus élevée (environ 380 euros).

203. Le représentant de l'Arménie a demandé ce que serait une période d'assistance raisonnable du point de vue du CEDS. Le Secrétariat explique qu'il n'y a pas de mesure unique qui convienne à tous et qu'il n'y a pas de règles rigides qui s'appliquent. Tout encouragement à revenir sur le marché du travail ne peut se faire au détriment de l'accès à l'allocation de chômage.

204. Le Comité gouvernemental a procédé au vote d'une recommandation qui n'a pas été adoptée (avec 4 voix pour, 4 contre et 23 abstentions en ce qui concerne le premier motif de non-conformité et 1 voix pour, 5 contre et 23 abstentions en ce qui concerne le deuxième motif de non-conformité). Il a décidé d'inviter les autorités à poursuivre leurs efforts pour rendre la situation conforme à la Charte.

RESC 12§1 LETTONIE

205. Le CEDS a conclu que la situation en Lettonie n'était pas conforme à l'article 12§1 de la Charte au motif que les niveaux minimaux des prestations de chômage, de vieillesse et d'invalidité n'étaient pas adéquats.

206. En ce qui concerne les allocations de chômage, le CEDS a déjà noté en 2017 que le niveau minimum des allocations de chômage pour une personne gagnant le salaire minimum depuis moins de dix ans était inférieur à 40 % du revenu équivalent médian et qu'il était donc inadéquat. Le rapport de 2021 indiquait à cet égard que le bénéficiaire de l'allocation de chômage a également le droit de recevoir des prestations sociales de l'État et une pension d'invalidité en même temps que l'allocation, ainsi qu'une aide supplémentaire de la part des gouvernements locaux. Le CEDS a observé qu'une personne ayant gagné le salaire minimum pendant moins de 10 ans recevrait 50 % de ce salaire en tant qu'allocation de chômage, ce qui représentait 215 euros en 2019 et qui, une fois encore, était inférieur à 40 % du revenu équivalent médian. Par conséquent, son cumul avec d'autres prestations d'assistance sociale ne rendrait pas la situation conforme à la Charte et le CEDS a réitéré sa précédente conclusion de non-conformité pour ce motif.

207. Selon le rapport, le montant moyen du minimum vieillesse (avec le complément) en 2019 s'élevait à 186,9 €. Le CEDS a estimé que ce montant est inférieur à 40 % du revenu équivalent médian et qu'il est donc insuffisant.

208. Le CEDS a noté que le montant moyen de la pension d'invalidité minimale avec complément en 2019 s'élevait à 147 €, ce qui est inférieur à 40 % du revenu équivalent médian. Il a donc estimé que ce montant était insuffisant.

209. Le CEDS a également pris note des commentaires du médiateur de la République de Lettonie selon lesquels certaines améliorations ont été apportées dans le domaine de la sécurité sociale grâce à l'intervention de la Cour constitutionnelle, en ce sens que les niveaux minimums des pensions de vieillesse et d'invalidité ont été considérablement augmentés en 2020 et 2021, à la suite des arrêts de la Cour constitutionnelle, qui a jugé que les normes définissant le montant minimum de la pension de vieillesse n'étaient pas conformes à la Constitution. Selon le Médiateur, bien que le législateur ait augmenté le montant minimum de la pension de vieillesse, les normes définissant les niveaux minimums ne respectent pas certains principes essentiels.

210. Le Secrétariat a rappelé qu'il s'agissait d'un deuxième cas de non-conformité pour ce motif, que le CEDS a conclu à la lumière des informations complémentaires fournies en réponse à la conclusion de non-conformité de 2017. Le Comité gouvernemental n'a pas examiné la situation.

211. Le représentant de la Lettonie a présenté les informations suivantes :

"Pour expliquer la situation, il convient tout d'abord de souligner que la principale source de revenus en cas d'invalidité et de vieillesse en Lettonie est la pension d'assurance. Une petite partie de la population (économiquement non active ou marginalement active), qui n'a pas droit à des pensions, reçoit des prestations de sécurité sociale de l'État en cas de vieillesse et d'invalidité. Pour éviter tout malentendu, il convient de faire cette distinction.

Deuxièmement, le gouvernement s'est efforcé (en modifiant la législation) d'améliorer l'adéquation des pensions et des prestations.

Les tâches prioritaires du ministère des affaires sociales consistent à promouvoir l'amélioration de la situation matérielle des personnes nécessiteuses et à faible revenu afin de réduire le risque de pauvreté et d'exclusion sociale dans la société. Ces dernières années, le système de revenu minimum a été amélioré par l'élaboration de documents politiques et de lois visant à augmenter les seuils de revenu minimum, y compris pour les prestations de sécurité sociale (pour les personnes âgées, les personnes handicapées et les survivants) et les pensions minimales d'assurance sociale de l'État. Des changements significatifs dans l'augmentation des seuils minimums ont été introduits en 2021, en fixant le montant des seuils de revenu minimum sur la base d'une méthodologie justifiée¹⁰ et de la situation socio-économique.

Le 17 septembre 2021, le Cabinet des ministres a approuvé le document de planification politique "Plan d'amélioration du système de soutien du revenu minimum pour 2022-2024" soumis par le ministère des affaires sociales, qui envisageait de fixer la méthodologie des seuils de revenu minimum dans des actes normatifs, y compris en stipulant que les montants des seuils de revenu minimum doivent être révisés annuellement à partir de 2023 (actuellement, la législation prévoit la révision des seuils de revenu minimum au moins une fois tous les trois ans). Le financement de la révision annuelle des seuils de revenu minimum sera décidé dans le cadre du processus budgétaire de 2023. D'autres initiatives visent à préparer des propositions de modification des principes et des politiques de financement des pensions minimales, tout en maintenant le rôle des contributions individuelles versées pendant la vie active dans l'adéquation de toutes les pensions, et en assurant le cofinancement des gouvernements locaux pour la fourniture des prestations d'assistance sociale de base - le RMG et les allocations de logement.

Les modifications des seuils de revenu minimum en vigueur à partir du 1er janvier 2021 sont les suivantes :

- 1) le seuil de revenu pour un ménage nécessiteux est passé de 128,06 EUR à 272 EUR (50 % du revenu médian). Le seuil de 272 euros s'applique à la première personne du ménage et le coefficient de 0,7 s'applique à la deuxième personne du ménage et aux suivantes (190 euros) ;*
- 2) le montant maximal du seuil pour les ménages à faibles revenus est fixé à 436 euros (80 % du revenu médian) pour la première personne du ménage, le coefficient 0,7 s'appliquant aux autres personnes du ménage (305 euros) ;*
- 3) le seuil de revenu du RMG est passé de 64,03 euros à 109 euros (20 % du revenu médian) pour la première personne du ménage et pour les autres personnes du ménage, le coefficient 0,7 est appliqué (76 euros) ;*
- 4) En outre, les montants de l'allocation de sécurité sociale de l'État (ci-après dénommée "SSSB") ont été augmentés :*
 - de 64,03 euros à 109 euros pour les personnes à l'âge de la retraite (20 % du revenu médian) ;*
 - de 80 à 109 euros pour les personnes handicapées (20 % du revenu médian), de 122,69 à 136 euros (25 % du revenu médian) pour les personnes handicapées depuis l'enfance.*

¹⁰ Les modifications stipulent que la méthode relative est utilisée pour le calcul des seuils de revenu minimum. La méthode relative prévoit le calcul des seuils de revenu minimum - seuil du RMG, seuil de revenu des ménages nécessiteux, seuil de revenu des ménages à faible revenu, montant minimum des pensions d'État (vieillesse, invalidité et pension en cas de perte de pourvoyeur) et montants des prestations de sécurité sociale d'État (pour les personnes handicapées et les personnes en âge de retraite) - en pourcentage du revenu médian (selon l'échelle d'équivalence choisie par la Lettonie - 1, 0,7, 0,7¹⁰), en stipulant que les seuils de revenu minimum ne sont pas inférieurs à 20 % du revenu médian. Cette méthode est justifiée d'un point de vue socio-économique (statistique et mathématique) et repose sur la situation socio-économique réelle, compte tenu des revenus des différents groupes de population.

Pour les personnes handicapées des groupes I et II, un coefficient est appliqué dans le calcul du SSSB - 1,4 pour les personnes handicapées du groupe I et 1,2 pour les personnes handicapées du groupe II ;

- *un supplément à la prestation est payable pour les personnes sans emploi - pour les personnes du groupe d'invalidité I à hauteur de 30 % de la prestation de sécurité sociale du groupe I et pour les personnes du groupe d'invalidité II à hauteur de 20 % de la prestation de sécurité sociale du groupe II ;*
- *dans le cas des survivants : pour les enfants âgés de moins de 7 ans - de 92,50 euros (106,72 euros pour les enfants handicapés) à 136 euros (25 % du revenu médian) et pour les enfants âgés de 7 ans et plus, de 111 euros à 163 euros (30 % du revenu médian) ;*

5) *En ce qui concerne le minimum vieillesse, la base de calcul est passée de 80 à 136 euros (25 % du revenu médian), mais pour les personnes handicapées depuis l'enfance, elle est passée de 122,69 à 163 euros (30 % du revenu médian). Le montant minimum de la pension de vieillesse pour chaque année d'assurance est déterminé en appliquant un coefficient de 1,1 à la base de calcul de la pension de vieillesse. Pour chaque année suivante qui dépasse la période d'assurance requise pour l'octroi d'une pension de vieillesse, le montant est augmenté de 2 % de la base de calcul de la pension de vieillesse minimale ;*

6) *les pensions d'invalidité minimales ont été augmentées :*

1. *pour les personnes handicapées du groupe III - de 80 à 136 euros (25 % du revenu médian), pour les personnes handicapées depuis l'enfance - de 122,69 à 163 euros (30 % du revenu médian) ;*
2. *pour les personnes souffrant d'un handicap des groupes I et II, un coefficient est appliqué dans le calcul de la pension d'invalidité - 1,6 pour les personnes souffrant d'un handicap du groupe I et 1,4 pour les personnes souffrant d'un handicap du groupe II.*

7) *En outre, la pension minimale en cas de survie a été augmentée - pour les enfants jusqu'à 7 ans - de 92,50 euros ou 106,72 euros pour les enfants handicapés à 136 euros (25 % du revenu médian) et pour les enfants à partir de 7 ans de 111 euros à 163 euros (30 % du revenu médian).*

Par rapport à 2020, les montants sont beaucoup plus élevés¹¹ .

Le relèvement des seuils de revenu minimum a un impact positif sur environ 140 000 personnes à faible et très faible revenu, dont les groupes les plus importants sont les bénéficiaires de la pension minimale d'invalidité, de la pension minimale de vieillesse et du RMG.

En outre, comme indiqué précédemment, le plan prévoit une révision annuelle des seuils de revenu minimum à partir du 1er janvier 2023 dans l'ordre suivant :

¹¹ À partir du 1er janvier 2020, des **montants minimums de pension de vieillesse** ont été déterminés, qui dépendent de la base de calcul de la pension de vieillesse minimum de 80 EUR (pour les personnes handicapées depuis l'enfance - 122,69 EUR), à laquelle un certain coefficient est appliqué, en fonction de la durée de la période d'assurance de la personne. Par conséquent, pour les personnes ayant une durée d'assurance de 15 à 20 ans, le montant minimum de la pension de vieillesse est de 88 euros, tandis que pour les personnes handicapées depuis l'enfance, il est de 134,96 euros. Pour les personnes ayant une durée d'assurance de 21 à 30 ans, le montant minimum de la pension de vieillesse est de 104 euros, tandis que pour les personnes handicapées depuis l'enfance, il est de 159,5 euros. Si la période d'assurance est comprise entre 31 et 40 ans, le montant minimum de la pension de vieillesse est de 120 euros, et de 184,04 euros pour les personnes handicapées depuis l'enfance. Toutefois, si la période d'assurance est de 41 ans et plus, le montant minimum de la pension de vieillesse est de 136 euros, et de 208,57 euros pour les personnes handicapées depuis l'enfance.

En raison de **l'augmentation des prestations de sécurité sociale de l'État pour les personnes handicapées** - de 64 à 80 euros (pour les personnes handicapées depuis l'enfance - de 106,72 à 122,69 euros), les pensions d'invalidité minimales ont également été augmentées. Dans le cas d'un handicap du groupe I, la pension d'invalidité minimale est de 128 euros (pour une personne handicapée depuis l'enfance - 196,30 euros), dans le cas d'un handicap du groupe II - 112 euros (pour une personne handicapée depuis l'enfance - 171,77 euros), dans le cas d'un handicap du groupe III - 80 euros (pour une personne handicapée depuis l'enfance - 122,69 euros).

1) le montant de la prestation de sécurité sociale de l'État devrait passer de 109 à 125 euros pour les personnes à l'âge de la retraite (20 % du revenu médian). Il s'agit d'une prestation forfaitaire financée par l'impôt et accordée aux personnes qui n'ont pas acquis de droits à l'assurance sociale. La part des bénéficiaires de prestations de vieillesse de la sécurité sociale de l'État dans la population au-delà de l'âge de travailler est faible : 0,4 % en 2019, 0,45 % en 2020. La plupart des personnes en âge de prendre leur retraite sont couvertes par les pensions de l'assurance publique.

2) la base de calcul de la pension minimale d'assurance vieillesse de l'État devrait passer de 136 à 157 euros (25 % du revenu médian), et pour les personnes handicapées depuis l'enfance, de 163 à 188 euros (30 % du revenu médian).

Chaque personne ayant une carrière d'assurance de 15 ans a droit à une pension d'assurance minimale complète.

3) il est prévu d'augmenter les montants des pensions minimales d'invalidité :
pour les personnes handicapées du groupe III - de 136 à 157 euros (25 % du revenu médian), pour les personnes handicapées depuis l'enfance - de 163 à 188 euros (30 % du revenu médian) ;
Afin de soutenir davantage les bénéficiaires de pensions en garantissant une augmentation de leurs revenus, le minimum de pension non imposable a été augmenté chaque année à partir de 2018 :
En 2018 - 250 euros par mois (en 2017 - 235 euros par mois) ;
En 2019 - 270 EUR par mois ;
En 2020 - 300 euros par mois ;
En 2021 - 330 EUR par mois ;
En 2022 - 350 EUR par mois (à partir du 1er janvier 2022) et 500 EUR par mois (à partir du 1er juillet 2022).

Globalement, le minimum de pension exonéré d'impôt a été augmenté de plus de 50 % entre 2017 et 2022 (de 235 euros à 500 euros par mois), ce qui a un impact positif sur la pension nette.

En Lettonie, les pensions de l'assurance publique sont indexées. L'indexation a lieu chaque année au 1er octobre, sur la base de l'indice réel des prix à la consommation et d'un pourcentage de 50 % de l'augmentation réelle du montant de la cotisation d'assurance sociale. Un pourcentage plus élevé de l'augmentation réelle du montant de la cotisation d'assurance sociale est appliqué aux pensions de vieillesse avec une longue période d'assurance.

Les pensions minimales octroyées sont indexées de la même manière que les autres pensions.

En raison de l'indexation, le montant moyen de la pension a augmenté ces dernières années comme suit : en 2017 - de 4,39 %, en 2018 - de 5,09 % à 7,20 %, en 2019 - de 7,19 % à 9,77 %, en 2020 - de 3,8 à 5,78 % et en 2021 - de 4,23 % à 5,07 %.

Bien que l'indexation soit effectuée chaque année le 1erst du mois d'octobre, en 2022, l'indexation est prévue un mois plus tôt - le 1erst du mois de septembre.

La pension (y compris les pensions minimales) ou une partie de celle-ci (qui ne dépasse pas 50 % du salaire moyen de l'année précédente soumis aux cotisations d'assurance : 349 EUR en 2017, 382 EUR en 2018, 420 EUR en 2019, 454 EUR en 2020, 470 EUR en 2021, 534 EUR en 2022) est indexée en fonction de l'indice réel des prix à la consommation ou de l'inflation et de 50 % de la croissance réelle de la somme des salaires soumis à cotisations sociales.

Afin de soutenir le groupe de personnes âgées le plus vulnérable - les personnes âgées vivant seules - à partir du 1er janvier 2019, le conjoint du bénéficiaire de la pension décédé, qui est également un retraité, se voit accorder une allocation pour 12 mois d'un montant de 50 % de la pension accordée au conjoint décédé et un paiement supplémentaire à la pension pour la période d'assurance jusqu'au 31 décembre 1995 (auparavant, un paiement forfaitaire d'un montant de deux pensions du retraité décédé a été fourni). En 2019, l'allocation a été perçue par 2,8 milliers de bénéficiaires en moyenne, tandis qu'en 2020 - 5,7 milliers. Le montant de l'allocation mensuelle versée en 2020 était de 169,63 euros, soit en moyenne 9,96 euros de plus qu'en 2019. En 2020, l'allocation a été davantage perçue par les femmes (4,2 milliers ou 73%) que par les hommes (1,5 milliers ou 27%).

À partir du 1er octobre 2019, pour la première fois, le montant du supplément pour chaque année de service accumulée jusqu'au 31 décembre 1995 (actuellement 1,50 EUR pour les pensions de vieillesse octroyées jusqu'en 1996) a été indexé sur l'indice réel des prix à la consommation et sur

50 % de l'augmentation réelle de la masse salariale des cotisations d'assurance (avant l'indexation de 2019, la valeur d'une année d'assurance avant le 31 décembre 1995 était de 1,50 EUR pour les pensions de vieillesse et d'invalidité octroyées avant le 31 décembre 1995, et de 1 EUR pour les pensions de vieillesse et d'invalidité octroyées avant le 1er janvier 1997).

À partir du 1er janvier 2020, un membre du 2e pilier de pensionnd qui n'a pas encore demandé de pension de vieillesse a le droit de choisir comment le capital de pension accumulé sera utilisé dans le cas où il/elle décède avant que la pension de vieillesse ne lui soit accordée :

- transférer la pension d'État au budget spécial (le capital sera alors pris en compte dans le calcul de la pension de survie) ;
- compléter le capital de pension d'une autre personne accumulé dans le pilier de pension 2 ;nd
- le congé pour héritage selon les procédures prévues par le droit civil.

Lors de sa demande de pension de vieillesse, un membre du 2e pilier de pensionnd doit choisir de combiner le capital de pension accumulé dans le 2e pilier de pensionnd avec le capital du 1er pilier de pensionst et de recevoir une seule pension, ou de souscrire une police d'assurance pension viagère auprès d'une entreprise d'assurance vie de son choix.

Montant minimum de la pension d'invalidité, en euros par mois

Groupe des personnes handicapées	Coefficient	En 2020, EUR	En 2021, EUR
<i>Personnes handicapées depuis l'enfance</i>			
Groupe I	1,6	196,30	260,80
Groupe II	1,4	171,77	228,20
Groupe III	Base	122,69	163,00
<i>Autres personnes handicapées</i>			
Groupe I	1,6	128,00	217,60
Groupe II	1,4	112,00	190,40
Groupe III	Base	80,00	136,00

Source des données : Ministère des affaires sociales

Montant de la prestation de sécurité sociale de l'État, en euros par mois

<i>Personnes handicapées</i>				
Groupe des personnes handicapées	Coefficient	2020 EUR	2021 EUR	Montant pour les chômeurs en 2021, +30% supplémentaires pour le groupe I d'invalidité, +20% supplémentaires pour le groupe II d'invalidité
<i>Personnes handicapées</i>				
Groupe I	1,3 (2020) 1,4 (2021)	104	152,60	198,38
Groupe II	1,2	96	130,80	156,96
Groupe III	Base	80	109	
<i>Personnes handicapées depuis l'enfance</i>				
Groupe I	1,3 (2020) 1,4 (2021)	159,50	190,40	247,52

Groupe II	1,2	147,23	163,20	195,84
Groupe III	Base	122,69	136,00	
<i>Personnes ayant atteint l'âge de la retraite</i>				
		2020	2021	
		64,03	109,00	
<i>Dans le cas des survivants</i>				
		2020	2021	
Jusqu'à 7 ans		92,50	136,00	
Jusqu'à 7 ans pour les enfants handicapés		106,72	136,00	
Plus de 7 ans		111,00	163,00	

Les changements concernent en moyenne 20 000 personnes par mois.

Source des données : Ministère des affaires sociales

Il n'y a pas eu de changements significatifs en ce qui concerne l'assurance chômage, car pendant la pandémie de COVID 19, l'accent a été mis davantage sur d'autres instruments (maladie, indemnités d'inactivité, etc.). Par conséquent, aucun changement majeur n'a été apporté au système d'assurance chômage.

L'allocation temporaire d'assistance chômage a été introduite pour la durée de la pandémie COVID -19. Il s'agissait d'une allocation forfaitaire temporaire, prolongeant la durée de l'allocation de chômage de 4, puis de 6 mois.

Le code de la sécurité sociale fixe une norme de 45 % du salaire standard du bénéficiaire pendant 13 semaines. Comme les allocations de chômage lettones sont plus élevées au cours des premiers mois de chômage et diminuent ensuite tous les deux mois, le taux de remplacement brut est encore de 45,2 %. Bien qu'il n'y ait pas de minimum fixé pour ce type d'allocation, la situation s'améliore, puisqu'il existe un minimum de cotisations d'assurance sociale. Le remplacement au cours des premiers mois de chômage par rapport au salaire net est plus élevé - 53 %.

Selon les données de l'Agence nationale d'assurance sociale, la durée moyenne de l'indemnisation du chômage est de 4 mois. Pendant cette période, dans la plupart des cas, le taux de remplacement est adéquat".

	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Durée moyenne des prestations, en mois</i>	4.5	4.6	4.4	4.4	4.3

Source des données : Ministère des affaires sociales

212. La représentante de l'Irlande a déclaré qu'il devrait y avoir une recommandation pour exhorter la Lettonie à poursuivre ses efforts.

213. Le président confirme, à la demande du représentant de la France, que le CEDS a évalué les informations telles qu'elles ont été examinées par le Comité gouvernemental, qui suit ses décisions et les procès-verbaux de ses réunions.

214. Le Comité gouvernemental a invité les autorités à poursuivre leurs efforts pour rendre la situation conforme à la Charte.

RESC 12§1 MONTENEGRO

215. Le CEDS a conclu que la situation au Monténégro n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte au motif que :

- le niveau minimum de l'allocation de chômage était insuffisant ;
- la durée de l'allocation de chômage pour la période d'assurance allant jusqu'à cinq ans était trop courte.

216. En ce qui concerne les allocations de chômage, le CEDS a noté qu'en 2019, la compensation monétaire s'élevait à 108 €, ce qui, selon le rapport, a été augmenté par rapport au montant antérieur, qui était fixé à 40 % du salaire minimum. Le CEDS a également noté à cet égard que les chômeurs qui ont acquis le droit à cette prestation en vertu de la législation précédente, désormais abrogée, ont continué à recevoir 40 % du salaire minimum en tant qu'allocation de chômage. Le CEDS a noté que tous ces montants sont inférieurs à 40 % du revenu équivalent médian. Ils restent donc insuffisants et la situation n'est pas conforme à la Charte sur ce point.

217. En ce qui concerne la durée de versement des allocations de chômage aux personnes ayant une période d'assurance de moins de dix ans, le CEDS a noté en 2017 qu'une personne assurée depuis moins de dix ans ne pouvait bénéficier d'allocations de chômage que pendant trois ou quatre mois, ce que le CEDS a jugé trop court. Il a noté dans le rapport de 2021 que la nouvelle loi sur la médiation pour le placement et les droits pendant le chômage a apporté quelques modifications à la durée de l'allocation de chômage. Ainsi, pour une période d'assurance de neuf mois à cinq ans, la personne a droit à trois mois d'allocations de chômage et à six mois d'allocations pour une période d'assurance de cinq à quinze ans. Le CEDS a estimé que trois mois d'allocation étaient encore trop courts et que la situation n'était donc pas conforme à la Charte.

218. Le Secrétariat rappelle que la non-conformité persiste depuis 2013 pour divers motifs, dont les deux motifs de non-conformité actuels (Conclusions 2013 et 2017). En 2014 et 2018, le Comité gouvernemental a pris note des informations et explications fournies et a décidé d'attendre la prochaine évaluation du CEDS.

219. Le représentant du Monténégro a présenté les informations suivantes :

"Concernant la conclusion du Comité selon laquelle la situation au Monténégro n'est pas conforme à l'article 12 du RESC - Droit à la sécurité sociale, paragraphe 1 - Existence d'un système de sécurité sociale, aux motifs que :

- *le niveau minimum des allocations de chômage est insuffisant ;*
- *la durée de l'allocation de chômage pour la période d'assurance allant jusqu'à cinq ans est trop courte,*

Le gouvernement du Monténégro fournit les informations suivantes :

Les chômeurs inscrits au registre des chômeurs du Service de l'emploi du Monténégro exercent leurs droits conformément à la loi sur la médiation de l'emploi et les droits pendant le chômage ("Journal officiel du Monténégro", n° 24/19), qui est entrée en vigueur le 30 avril 2019.

L'un des droits qu'un chômeur peut exercer dans les conditions prescrites par cette loi est le droit à une compensation financière pendant le chômage.

Cette loi stipule que le droit à la compensation financière est acquis à l'assuré dont le contrat de travail a été résilié sans son consentement ou sa faute, au sens d'une loi spéciale, et qui justifie d'au moins neuf mois d'assurance ininterrompue ou d'interruption au cours des dix-huit derniers mois. .

La durée minimale d'assurance requise pour exercer le droit aux prestations en espèces a été modifiée par rapport à la loi précédemment en vigueur sur l'emploi et l'exercice des droits à l'assurance chômage ("Journal officiel du Monténégro", n° 14/10, 45/12, 61/13, 20/15 et 52/16), de sorte qu'elle est désormais de neuf mois au lieu de douze.

L'allocation en espèces appartient au chômeur pendant une période qui dépend de la durée de l'assurance, comme suit :

- 1) trois mois s'il a une période d'assurance de neuf mois à cinq ans ;
- 2) six mois s'il a une expérience de cinq à quinze ans dans le domaine de l'assurance ;
- 3) neuf mois s'il a une expérience de 15 à 25 ans dans le domaine de l'assurance ;
- 4) 12 mois s'il a une expérience d'assurance de 25 à 35 ans ;
- 5) s'il a plus de 35 ans d'expérience dans l'assurance - jusqu'au réemploi, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il remplisse les conditions relatives à la limite d'âge ou à l'expérience dans l'assurance pour l'exercice du droit à la pension de vieillesse, conformément à une loi spéciale.

Avec l'adoption de la loi sur la médiation en matière d'emploi et de droits pendant le chômage en 2019, le montant des prestations en espèces pendant le chômage a été augmenté par rapport à la loi précédente. Cette loi stipule que la compensation monétaire s'élève à 120 % de la valeur calculée du coefficient déterminé par la loi et d'autres règlements.

La contribution à l'assurance pension et invalidité est calculée sur le montant de l'indemnité pécuniaire, conformément à une loi spéciale.

Le montant de la compensation financière prévue par la loi sur la médiation en matière d'emploi et de droits pendant le chômage est déterminé conformément à la méthode de détermination du montant des allocations de chômage, prescrite par la convention n° 102 de l'Organisation internationale du travail sur la norme minimale de sécurité sociale.

Le montant de la compensation financière déterminé par ladite loi a été augmenté par rapport à la loi précédemment en vigueur sur l'emploi et l'exercice des droits à l'assurance chômage, qui stipulait que le montant de la compensation financière s'élevait à 40 % du salaire minimum déterminé conformément à la loi.

Nous notons qu'en 2019, lorsque la loi sur la médiation en matière d'emploi et les droits des chômeurs a été adoptée, le salaire minimum au Monténégro était de 193 €.

Entre-temps, le montant du salaire minimum au Monténégro a augmenté et s'élève désormais à 450 euros.

Selon les données du service de l'emploi du Monténégro, en mars 2022, la part des chômeurs ayant droit à des prestations en espèces par rapport au nombre total de chômeurs inscrits était d'environ 22 %, soit à peu près le même niveau que l'année dernière.

Ainsi, en mars 2022, ce droit a été utilisé par 11 792 chômeurs.

Le programme de travail du gouvernement du Monténégro pour le quatrième trimestre 2022 prévoit l'adoption de la loi sur les amendements à la loi sur la médiation de l'emploi et les droits pendant le chômage.

Les consultations publiques sur le projet de loi modifiant la loi sur la médiation en matière d'emploi et les droits des chômeurs sont terminées et la formation d'un groupe de travail pour la rédaction de la loi est en cours.

Tenant compte de la conclusion du Comité selon laquelle la situation au Monténégro n'est pas conforme à l'article 12, paragraphe 1, de la Charte, et que le niveau minimum des allocations de chômage est inadéquat, et que la durée des allocations de chômage est trop courte (jusqu'à cinq ans). Les amendements à la loi sur la médiation en matière d'emploi et de droits pendant le chômage réviseront les dispositions de cette loi relatives à la durée du droit aux prestations en espèces, ainsi qu'au montant des prestations en espèces".

220. Le président et le représentant de la France ont noté que la loi de 2019 constituerait, espérons-le, un progrès important.

221. Le Comité gouvernemental a pris note des informations soumises et a décidé d'attendre la prochaine évaluation du CEDS.

RESC 12§1 ROUMANIE

222. Le CEDS a conclu que la situation en Roumanie n'était pas conforme à l'article 12§1 de la Charte au motif que le niveau minimum de l'allocation de chômage est inadéquat.

223. Le CEDS a noté dans le rapport que l'allocation de chômage est un montant accordé mensuellement et de manière différenciée, en fonction de la période de cotisation. Le montant minimum représente 75 % de la valeur de l'indicateur social de référence de l'assurance chômage pour les personnes ayant une période de cotisation d'au moins un an. La valeur de l'indicateur social de référence en 2019 était de 500 RON (101 €). Le CEDS a noté que l'indicateur social de référence n'a pas changé depuis la période de référence précédente. 75 % de cette valeur s'élevait à 75 € en 2019. Le CEDS a estimé qu'en dépit de l'augmentation substantielle du revenu équivalent médian, le niveau minimum de l'allocation de chômage est resté inchangé et son niveau est manifestement inadéquat puisqu'il se situe en dessous du seuil de pauvreté. La situation n'est donc pas conforme à la Charte.

224. Le Secrétariat a rappelé qu'il s'agissait d'une situation de non-conformité de longue date. Après un report en 2002, le CEDS a conclu en 2004 et 2006 que la situation en Roumanie n'était pas conforme à l'article 12§1 de la Charte révisée car le niveau des principales prestations de sécurité sociale était insuffisant. En 2009, le CEDS a conclu qu'il n'avait pas été établi que l'adéquation des prestations de vieillesse, des prestations de survivants et des prestations en cas d'accident du travail était garantie. En 2013, le CEDS a conclu que le niveau minimum des allocations de chômage était manifestement inadéquat et qu'il n'avait pas été établi que la législation fournissait une garantie efficace de protection contre le risque de chômage et que le niveau minimum des prestations de maladie était adéquat. En 2015, le CEDS a conclu qu'il n'avait pas été établi que le niveau minimum des prestations de maladie était adéquat et en 2017, qu'il n'avait pas été établi qu'un pourcentage significatif de la population active était couvert par l'assurance chômage.

225. En 2005 (dans le cadre du suivi des conclusions 2004), le Comité gouvernemental a pris note des informations fournies par le délégué roumain et a demandé au gouvernement de redoubler d'efforts pour se conformer à l'article 12§1 de la Charte révisée. En 2007 et 2011 (dans le cadre du suivi des conclusions 2006 et 2009, respectivement), il a invité le gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et a décidé d'attendre la prochaine évaluation du CEDS. En 2014 (dans le cadre du suivi des conclusions 2013), il a invité le gouvernement à fournir toutes les informations pertinentes dans son prochain rapport et a décidé d'attendre la prochaine évaluation du CEDS. Les conclusions 2015 et 2017 n'ont pas été examinées par le Comité gouvernemental.

226. Le représentant de la Roumanie a présenté les informations suivantes :

"Récemment, le Parlement roumain a adopté la loi n° 225/2021 pour l'amendement de la loi n° 76/2002 sur le système d'assurance chômage et la stimulation de l'emploi, qui changera annuellement, à partir du mois de mars de chaque année, la valeur de l'indicateur social de référence (ISR) avec le taux d'inflation annuel moyen de l'année précédente. La nouvelle loi est entrée en vigueur le 1er mars 2022. L'indicateur social de référence est utilisé à la fois pour établir les prestations de chômage et le niveau de soutien dans les mesures actives, mais aussi pour déterminer le montant des prestations d'assistance sociale. En augmentant la valeur de l'indicateur de référence sociale, on déterminera également les changements dans les montants des prestations d'assistance sociale qui sont actuellement déclarées au SRI, respectivement : l'aide sociale, l'allocation de soutien familial, les prestations sociales pour les personnes handicapées, le seuil minimum de l'indemnité d'éducation des enfants, l'allocation de logement (adoption), l'allocation mensuelle de placement, l'aide pour les réfugiés, etc. Ce changement de niveau du SRI aura un impact social positif en augmentant les montants des prestations d'aide sociale et implicitement le niveau de vie des personnes bénéficiant de ces droits".

227. Le Comité gouvernemental a pris note des nouveaux développements et a décidé d'attendre la prochaine évaluation du CEDS.

Article 12§3 - s'efforcer de porter progressivement le système de sécurité sociale à un niveau plus élevé.

228. Le Secrétariat a rappelé que l'article 12§3 impose aux Etats parties d'améliorer leur système de sécurité sociale. Une situation de progrès peut donc être conforme à l'article 12§3 même si les exigences des articles 12§1 et 2 n'ont pas été satisfaites ou si ces dispositions n'ont pas été acceptées. L'extension des régimes, la protection contre de nouveaux risques ou l'augmentation du niveau des prestations sont autant d'exemples d'amélioration. Une évolution restrictive du système de sécurité sociale ne constitue pas automatiquement une violation de l'article 12§3. L'évaluation de la situation est basée sur les critères suivants :

- la nature des modifications (champ d'application, conditions d'octroi des indemnités, montants des indemnités, etc ;)
- les raisons invoquées pour les changements et le cadre de la politique sociale et économique dans lequel ils s'inscrivent ;
- l'ampleur des changements introduits (catégories et nombre de personnes concernées, niveau des indemnités avant et après modification) ;
- la nécessité de la réforme ;
- l'existence de mesures d'assistance sociale pour les personnes qui se trouvent dans une situation de besoin à la suite des changements apportés (cette information peut être communiquée au titre de l'article 13) ;
- les résultats obtenus par ces changements.

229. Même si des mesures restrictives spécifiques sont, en tant que telles, conformes à la Charte, leur effet cumulatif pourrait constituer une violation de l'article 12§3 de la Charte.

RESC 12§3 ARMENIA

230. Le CEDS a conclu que la situation en Arménie n'était pas conforme à l'article 12§3 de la Charte au motif qu'il n'avait pas été établi que des mesures avaient été prises pour élever progressivement le système de sécurité sociale à un niveau supérieur.

231. Le CEDS note que le rapport du gouvernement ne mentionne aucune évolution du système de sécurité sociale au cours de la période de référence (2016-2019). Le gouvernement a en outre confirmé que les allocations de chômage ont été supprimées (en 2015) dans le cadre de la réforme de la politique de l'emploi. Le CEDS a pris note des informations fournies par le gouvernement sur les programmes actifs du marché du travail mis en œuvre au cours de la période de référence en utilisant des fonds précédemment alloués aux allocations de chômage. Il a noté que le nombre de chômeurs couverts par ces programmes était faible et qu'aucune information n'était fournie sur d'éventuelles mesures d'assistance pour les chômeurs qui n'étaient pas (ou n'étaient plus) couverts par ces programmes. À la lumière de ce qui précède, le CEDS a estimé qu'il n'avait pas été établi que des mesures avaient été prises pour élever progressivement le système de sécurité sociale à un niveau supérieur.

232. Après un report en 2009, le CEDS a conclu en 2013 que la situation en Arménie était conforme à l'article 12§3 de la Charte. En 2017, toujours dans l'attente d'informations détaillées sur toute modification du système de sécurité sociale, et en particulier sur la réforme de la politique de l'emploi, le CEDS a réservé sa position sur ce point et reporté sa conclusion. Le Comité gouvernemental n'a pas examiné le cas.

233. Le représentant de l'Arménie a présenté les informations suivantes :

"1) Soins médicaux

Tous les développements et réformes récents (après 2019) dans le secteur des soins de santé ont été décrits comme une réponse à l'article 12.1.

2. Prestations familiales

Les développements et réformes les plus récents (après 2019) visant à améliorer le régime des prestations familiales ont été décrits ci-dessus en réponse à l'article 12.1. Le montant de la prestation d'amélioration du bien-être familial et son seuil sont révisés chaque année par le gouvernement. Il n'y a pas eu de révision ces dernières années.

Dans le même temps, conformément à l'engagement pris par le programme gouvernemental, l'élaboration des projets de loi de la République d'Arménie "sur les amendements et les compléments à la loi sur l'assistance sociale et aux lois adjacentes" a commencé, ce qui constituera une base juridique pour accroître les types de services sociaux fournis, améliorer leur qualité et leur ciblage, ainsi que pour professionnaliser le travail social. Les projets devraient être soumis au bureau du Premier ministre d'ici septembre 2022.

Parallèlement, l'élaboration d'un nouveau système d'évaluation de l'insécurité a commencé (décision N 1082-A du Premier ministre de la République d'Arménie "sur la création d'une commission et l'approbation de sa composition") et devrait être testé d'ici mai 2023. Le nouveau système sera basé sur la "méthode hybride d'examen des ressources" (examen hybride des ressources), fournissant un contrôle complet des revenus et des ressources formels, en même temps qu'un mécanisme pour importer des revenus difficilement contrôlables. Selon le revenu en espèces, l'objectif du nouveau système pour les 20 % les plus pauvres de la population sera de 75 %, contre 50,3 % pour le système actuel.

L'allocation unique de naissance a également été révisée. Jusqu'au 1er juillet 2020, l'allocation était de 50 000 AMD pour le premier enfant et de 150 000 AMD pour le deuxième. Actuellement, le montant de l'allocation est de 300 000 AMD pour le premier et le deuxième enfant, de 1 000 000 AMD pour le troisième et le quatrième enfant, et de 1 500 000 AMD pour le cinquième enfant et tous les suivants. Le montant et la couverture de l'allocation de garde d'enfants pour les enfants de moins de 2 ans ont été augmentés.

Avant le 1er juillet 2020, seuls les parents qui travaillaient bénéficiaient de l'allocation, puis également les parents vivant dans les zones rurales, quel que soit leur statut professionnel. Le 1er juillet 2020, le montant de l'allocation est passé de 18 000 AMD à 25 500 AMD, et depuis le 1er janvier 2022, il est passé à 28 600 AMD. À partir de janvier 2023, selon le plan d'action du programme gouvernemental, l'allocation sera généralisée à tous les parents. D'ici 2026, il est également prévu de l'augmenter pour qu'elle corresponde à la valeur du panier alimentaire.

3. Assistance chômage

Selon les données des services sociaux unifiés, en 2019, environ 7130 personnes, en 2020, environ 5673 personnes et en 2021, environ 3958 personnes ont été incluses dans les programmes du marché du travail actif parrainés par l'État. En général, grâce à ces programmes, 5420, 4416 et 2412 personnes ont trouvé un emploi en 2019, 2020 et 2021 respectivement. En général, grâce à l'assistance chômage fournie par les services, environ 10 117 personnes ont trouvé un emploi en 2021, ce qui représente environ 11,7 % des demandeurs d'emploi inscrits et 17,4 % des chômeurs inscrits.

D'ici l'automne 2022, le gouvernement prévoit d'adopter la stratégie pour le travail et la protection sociale, qui vise à augmenter la couverture des programmes actifs du marché du travail à 30 % des chômeurs inscrits d'ici 2026. Parallèlement, la stratégie pour l'emploi, qui est actuellement en cours d'élaboration, envisage d'étendre le nombre de services fournis, y compris l'introduction d'une assurance chômage.

4. Travail sur plate-forme

Actuellement, le code du travail ne couvre pas le travail sur plateforme. Afin d'introduire des réglementations, le ministère du travail et des affaires sociales a entrepris des études préliminaires sur la gig economy et le travail sur plateforme, et planifiera ses prochaines étapes sur la base des recommandations".

234. Le représentant de la France a reconnu les plans et stratégies ambitieux et a encouragé les autorités à poursuivre.

235. Le Comité gouvernemental a pris note des nouveaux développements, encouragé à poursuivre ses efforts et décidé d'attendre la prochaine évaluation du CEDS.

RESC 12§3 ROUMANIE

236. Le CEDS a conclu que la situation en Roumanie n'était pas conforme à l'article 12§3 de la Charte au motif que les efforts déployés pour élever progressivement le système de sécurité sociale à un niveau supérieur étaient insuffisants.

237. Le CEDS a noté un certain nombre d'évolutions négatives au cours de la période de référence. En particulier, le nombre moyen de chômeurs bénéficiant d'allocations de chômage et le taux de remplacement des pensions de vieillesse ont continué à diminuer. En outre, l'indicateur de référence sociale n'a pas été ajusté (bien que des projets en ce sens aient été lancés). Le CEDS a également noté que l'ordonnance d'urgence 79/2017 apportait des changements substantiels à la charge fiscale du système de cotisations de sécurité sociale et que ces changements touchaient la plupart des travailleurs. Il a estimé que les raisons et les effets des changements apportés par l'ordonnance d'urgence 79/2017 n'étaient pas clairs. Il n'a pas non plus été démontré que ces changements poursuivaient l'objectif légitime d'assainir les finances publiques afin de préserver le système de sécurité sociale et d'en assurer la viabilité. À la lumière des informations disponibles, le CEDS a estimé que les mesures prises pour élever progressivement le système de sécurité sociale à un niveau supérieur étaient inadéquates.

238. Le Secrétariat a rappelé que le CEDS avait reporté ses conclusions en 2002, 2004 et 2006 en raison du manque d'informations demandées sur la nouvelle législation et sur la réforme du système de retraite. En 2009, le CEDS a estimé que la Roumanie s'était efforcée de porter progressivement le système de sécurité sociale à un niveau plus élevé et a conclu que la situation était conforme à l'article 12, paragraphe 3. Dans ses conclusions de 2013, le CEDS a évalué les résultats de l'application de ce nouveau cadre législatif et a reporté sa conclusion dans l'attente d'informations sur la manière dont la réforme avait affecté, dans la pratique, le niveau minimum des prestations de retraite et leur couverture personnelle globale, ainsi que sur les modifications apportées à d'autres branches de la sécurité sociale (chômage, maladie, invalidité). En 2017, le CEDS a conclu que la situation n'était pas conforme à l'article 12§3 de la Charte au motif que les efforts déployés pour élever progressivement le système de sécurité sociale à un niveau supérieur étaient insuffisants. Le gouvernement n'a pas examiné la situation.

239. Le représentant de la Roumanie a présenté les informations suivantes :

"La base de calcul des allocations de chômage et des autres mesures de stimulation de l'emploi proposées par l'Agence nationale pour l'emploi a été augmentée à partir du 1er mars 2022.

En 2021, la loi n° 225 a été adoptée, modifiant et complétant la loi n° 76/2002 sur le système d'assurance chômage et la stimulation de l'emploi, qui régit le fait que l'indicateur social de référence (ISR) augmente, en mars de chaque année, avec le taux d'inflation annuel moyen, un indicateur définitif communiqué par l'Institut national de la statistique (INS).

Ainsi, l'allocation de chômage et les autres droits établis par la loi n° 76/2002, avec ses modifications et compléments ultérieurs, qui se réfèrent à l'indicateur social de référence (ISR), ont augmenté de 5,1 % depuis le 1er mars 2022, en raison de l'augmentation de cet indicateur.

Cette augmentation a également été appliquée aux personnes dont les droits ont été établis avant cette date.

En ce qui concerne la réduction du pourcentage de chômeurs bénéficiant d'allocations de chômage entre 2016 et 2019, nous aimerions mentionner que pendant la période de référence 2016-2019, il n'y a pas eu de changements législatifs des critères d'octroi des allocations de chômage, de sorte

que nous estimons que la diminution du nombre de chômeurs est due à une période de stabilité économique et à la baisse continue du taux de chômage (le taux de chômage au niveau national était de 5,9 % en 2016, 4,9 % en 2017, 4,2 en 2018 et 3,9 % en 2019).

La valeur du point de pension a augmenté de 14 % en septembre 2020 et a été maintenue au même niveau en 2021.

À partir de janvier 2022, le gouvernement a promulgué une augmentation de 10 % du point de retraite et une augmentation de 25 % de la pension minimale. Il a également été décidé qu'à partir de 2023, la valeur du point de pension sera indexée sur l'inflation et sur la moitié de la croissance du salaire moyen. En outre, une aide financière pouvant aller jusqu'à max. RON 1 200 a été accordée en janvier 2022 aux bénéficiaires du système public de retraite dont les droits sont égaux ou inférieurs à RON 1 600.

Les autorités prévoient une vaste révision du système de retraite public, dans le cadre du plan national de relance et de résilience, avec pour objectif d'améliorer l'adéquation, l'équité et la viabilité à long terme du système".

240. Le Comité gouvernemental a pris note des informations fournies et a décidé d'attendre la prochaine évaluation du CEDS.

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

241. Le Secrétariat présente brièvement l'article 13§1 (droit à l'assistance sociale et médicale). Les questions les plus problématiques en 2021 étaient le niveau inadéquat de l'assistance sociale versée à une personne seule sans ressources (en dessous du seuil de pauvreté). Les cas choisis par le CEDS pour être examinés par l'Assemblée générale sont ceux dans lesquels le droit à l'assistance sociale et/ou médicale n'est pas garanti à toute personne dans le besoin et ceux dans lesquels le niveau d'assistance sociale est manifestement inadéquat et se situe en dessous du seuil. Vingt-cinq pays ont été évalués et les cas retenus sont ceux qui étaient inadéquats, en dessous du seuil de pauvreté.

RESC 13§1 BOSNIE-HERZEGOVINE

242. Le CEDS a conclu que la situation en Bosnie-Herzégovine n'était pas conforme à l'article 13§1 de la Charte pour les raisons suivantes :

- l'assistance sociale n'a pas été accordée dans toutes les entités à une seule personne au seul motif qu'elle est dépourvue de ressources et n'est pas en mesure de se procurer des ressources suffisantes par d'autres moyens ;
- il n'a pas été établi qu'une assistance médicale appropriée a été fournie à toutes les personnes dans le besoin dans toutes les entités ;
- il n'a pas été établi que le niveau de l'aide sociale versée à une personne seule sans ressources était adéquat.

(Sous "Entités", on entend les deux Entités (Fédération de Bosnie-Herzégovine et Republika Srpska) et le district de Brčko.

243. En ce qui concerne le premier motif de non-conformité, le CEDS a noté dans le rapport que l'assistance sociale n'était pas accordée dans les deux entités et dans le district de Brčko à une seule personne au seul motif qu'elle est sans ressources et incapable d'obtenir des ressources adéquates par d'autres moyens, mais qu'elle était liée à la capacité de travailler et à d'autres conditions. Il n'y a pas eu d'harmonisation de la législation. Dans la Fédération des entités de Bosnie-Herzégovine, les bénéficiaires étaient uniquement les personnes assurées définies par la loi, qui fixait également les conditions d'octroi de l'aide. Le CEDS a observé que l'accès à l'aide sociale et les montants accordés dépendaient des cantons. Les principales conditions étaient l'incapacité de

travailler, un revenu insuffisant et l'absence de membres de la famille obligés de subvenir aux besoins du bénéficiaire.

244. Dans l'Entité Republika Srpska, les conditions d'octroi de l'aide sociale étaient l'incapacité de travailler, des revenus insuffisants et l'absence de revenus complémentaires provenant de la propriété. Dans le district de Brčko, les conditions fixées comprennent toutes les conditions mentionnées ci-dessus, plus au moins deux ans de résidence dans le district. Le CEDS a rappelé qu'en vertu de l'article 13.1, le droit était universel et que les prestations étaient payables à toute personne dans le besoin sans ressources.

245. En ce qui concerne le deuxième motif de non-conformité, il a été noté que l'accès et le niveau des soins de santé étaient définis par des lois différentes dans la Fédération des Entités de Bosnie-Herzégovine, dans ses cantons, dans l'Entité Republika Srpska et dans le District de Brčko. Dans sa conclusion précédente, le CEDS a estimé qu'il n'y avait aucune preuve que l'assistance médicale était fournie à toutes les personnes sans ressources dans les deux Entités et dans le District de Brčko au même niveau que pour leurs propres résidents et qu'elles pouvaient obtenir des soins médicaux gratuits autres que les soins d'urgence. Dans le rapport 2021, la Republika Srpska n'a pas répondu de manière pertinente à la question de savoir si les citoyens d'une autre Entité ou d'un autre District qui recherchent des services de soins de santé y ont droit au même niveau. Par conséquent, le CEDS réitère sa conclusion de non-conformité. En ce qui concerne le troisième motif de non-conformité, aucune information n'a été fournie sur les montants des prestations d'assistance sociale versées à une personne seule sans ressources. En outre, aucun seuil de pauvreté officiel n'a été établi. La situation n'est donc pas conforme à la Charte.

246. La non-conformité résultant de l'absence d'assistance médicale appropriée fournie à toutes les personnes dans le besoin dans les deux entités et le district, ainsi que du niveau inadéquat de l'assistance sociale versée à une personne seule sans ressources remonte à 2017, alors qu'en 2013, le CEDS a reporté sa conclusion dans l'attente des informations demandées sur ces points. Le CG n'a pas encore discuté de la situation.

247. M. Faber donne la parole au représentant de la Bosnie-Herzégovine qui explique ce qui a déjà été soumis par écrit :

"En ce qui concerne le premier point de non-conformité, aucune modification n'a été apportée aux lois applicables dans ce domaine. Cependant, les unités locales d'autogestion partagent la compétence avec les entités, et une fois par an, l'aide financière est ajustée dans les cantons si elle n'est pas fixe, avec le montant déterminé du salaire moyen de l'année précédente. Les montants des prestations sont formulés par l'instruction sur la méthode de détermination des prestations monétaires pour les bénéficiaires de droits de protection sociale et de protection des familles avec enfants.

Les droits des utilisateurs du système sont les suivants : 1. aide financière (pour les personnes qui ont des difficultés à satisfaire leurs besoins vitaux et qui se trouvent dans un état de pauvreté absolue) ; 2. allocation pour l'aide et les soins d'une autre personne (pour les personnes handicapées, ainsi que pour les autres personnes dont l'état fonctionnel de l'organisme nécessite une aide totale ou partielle) ; 3. allocation personnelle d'invalidité (pour les personnes qui dépendent de l'aide et des soins d'une autre personne pour satisfaire leurs besoins vitaux et dont le niveau de dommage physique a été déterminé entre 70 et 100 %) ; 4. aide à l'égalisation des chances des enfants et des jeunes handicapés ; 5. placement dans une institution ; 6. soins dans une famille d'accueil ; 7. aide et soins à domicile ; 8. soins quotidiens et 9. aide financière ponctuelle et conseils.

En plus de ces droits, chaque collectivité locale peut définir par décision des droits étendus qui correspondent aux besoins spécifiques des utilisateurs vivant sur le territoire de cette collectivité locale et qui sont conformes aux capacités financières des budgets locaux.

En ce qui concerne le deuxième point de non-conformité avec la Charte, dans le dernier rapport de la Bosnie-et-Herzégovine, nous avons informé le Comité en détail de tous les types de personnes assurées conformément aux lois existantes sur les soins de santé et l'assurance maladie dans les deux entités et dans le district de Brčko.

La législation existante comprend un large éventail de personnes assurées, depuis les personnes âgées de 18 ans qui n'ont pas terminé leurs études primaires, les bénévoles, les chômeurs inscrits dans les agences pour l'emploi, les salariés qui exercent un large éventail d'activités, jusqu'aux personnes travaillant à l'étranger et aux personnes nommées dans les missions diplomatiques et consulaires.

Même si une personne n'est pas assurée sur une base légale, elle a le droit de bénéficier de services de santé conformément à l'ensemble des droits fondamentaux en matière de santé. Le système de santé fournit des soins de santé à tous les groupes de population, y compris les personnes socialement défavorisées, les Roms et les autres minorités.

Les soins de santé sont fournis dans des conditions d'égalité aux groupes d'importance sociale et médicale particulière, à commencer par les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans, les femmes enceintes et les mères, les personnes âgées de plus de 65 ans, les personnes handicapées et en état de maladie mentale, les chômeurs et les bénéficiaires de droits dans le domaine des droits des soldats, des invalides militaires et des victimes civiles de la guerre.

En ce qui concerne le troisième point de non-conformité à la Charte, nous avons répondu dans le rapport précédent à cette question pour chacun des dix cantons de la Fédération. Les règlements de chaque canton déterminent individuellement le montant de l'indemnité pour l'aide financière permanente. En général, le montant est déterminé en fonction du nombre de membres de la famille, en pourcentage de la base, et la base pour déterminer le montant de l'aide financière est le salaire net moyen gagné au cours de l'année précédente. Selon les lois en vigueur, les personnes qui ont droit à une assistance financière permanente sont celles dont le revenu du ménage commun n'est pas suffisant pour subvenir à leurs besoins, si le revenu mensuel total par membre du ménage ne dépasse pas 10 % du salaire net moyen gagné au cours de l'année précédente.

Le montant de l'aide financière permanente est augmenté de 10 % pour les ménages composés de deux ou plusieurs membres qui ont droit à une aide financière permanente, lorsqu'un ménage compte une personne handicapée ou une personne souffrant d'une incapacité permanente sur le plan du développement physique ou mental.

248. La présidente explique que la recommandation pour la Bosnie-Herzégovine comprendrait certains des éléments suivants : renforcer les efforts pour garantir que, sur l'ensemble du territoire de la Bosnie-Herzégovine, l'assistance sociale est fournie à toute personne seule au seul motif qu'elle est sans ressources et n'est pas en mesure de se procurer des ressources suffisantes par d'autres moyens ; adopter toute mesure jugée nécessaire pour garantir que toutes les personnes dans le besoin sur l'ensemble du territoire peuvent avoir accès à une assistance médicale appropriée ; renforcer les efforts pour garantir que le niveau de l'assistance sociale versée à une personne seule sans ressources ne tombe pas en dessous du seuil de pauvreté.

249. La représentante a compris le rôle de la recommandation proposée et a déclaré que son pays était prêt à l'accepter afin d'obtenir des changements plus rapidement et d'améliorer la situation en Bosnie-Herzégovine. Les représentants de l'Irlande et de la France ont remercié la Bosnie d'avoir accepté la recommandation pour les mêmes raisons. La recommandation est adoptée à l'unanimité.

RESC 13§1 ARMENIE

250. Seuls les premier et troisième motifs de non-conformité constatés par le CEDS devaient être examinés.

251. Le CESR a conclu que la situation en Arménie n'était pas conforme à l'article 13§1 de la Charte au motif que :

- le niveau de l'aide sociale versée à une personne seule sans ressources n'était pas adéquat ;
-(...)
- le droit d'accès aux soins médicaux n'est pas suffisamment garanti.

252. En ce qui concerne le premier motif de non-conformité, le CEDS a noté que les personnes seules sans autres ressources avaient droit à des prestations sociales et à d'autres avantages nécessaires tels que la gratuité des repas quotidiens dans les cantines caritatives, des tarifs réduits pour l'électricité et le gaz naturel, et que les personnes handicapées ou d'autres personnes socialement vulnérables avaient droit à des soins supplémentaires (par exemple, des services de soins à domicile) et à des soins médicaux gratuits. Néanmoins, le CEDS a estimé que le montant de l'allocation de base (18 000 AMD) n'était pas adéquat, car il était bien inférieur au seuil de pauvreté (305 38 AMD).

253. En ce qui concerne l'accès insuffisant aux soins médicaux, qui constitue le troisième motif de non-conformité, le CEDS a noté que, selon le rapport, pour les bénéficiaires dont le score de pauvreté est égal ou supérieur à 30 et qui reçoivent des soins médicaux gratuits, ces services gratuits ont été étendus depuis le cycle de rapport précédent. Toutefois, le CEDS a noté que de nombreuses familles ayant besoin de soins médicaux ne pouvaient y accéder, ce qui signifie que l'accès aux soins médicaux gratuits n'est pas suffisamment garanti et que la situation n'est toujours pas conforme à la Charte.

254. Il s'agit d'une non-conformité de longue date, qui remonte à 2009, lorsque le CEDS a conclu que la situation en Arménie n'était pas conforme à l'article 13§1 de la Charte révisée parce que le niveau de l'assistance sociale versée à une personne seule sans ressources était manifestement inadéquat. Le problème persiste et dans ses conclusions de 2013, 2015 et 2017, le CEDS est resté particulièrement préoccupé par l'adéquation du niveau de l'assistance sociale versée à une personne seule sans ressources et, dans ce domaine, par l'assistance fournie aux personnes âgées dans le besoin.

255. Le CA a examiné la situation en 2018 et a invité l'Arménie à fournir toutes les informations concernant les niveaux d'assistance sociale, ainsi que la pension minimale, et a décidé d'attendre la prochaine évaluation du CEDS. Malgré cet appel, l'Arménie n'a fourni aucune information au cours du cycle précédent pour les deux motifs de non-conformité constatés par le CEDS en 2013, à savoir que le niveau de l'assistance sociale versée à une personne seule sans ressources est manifestement inadéquat et qu'il n'a pas été possible d'établir que les personnes âgées sans ressources reçoivent une assistance sociale adéquate. Comme indiqué ci-dessus, les informations ont été fournies dans le cadre du présent cycle, mais l'évaluation a mis en évidence la persistance de la non-conformité. La situation n'a pas été discutée lors de la réunion du CA en 2014.

256. Le représentant arménien a fourni les informations suivantes :

Rapport d'avancement

1. Adéquation des prestations

- *Dans le cadre du programme de dépenses à moyen terme du gouvernement pour la période 2023-2025, le ministère du travail et des affaires sociales a proposé de faire passer la prestation d'amélioration de la protection de la famille de 18 000 AMD à 28 000 AMD.*
- *Il existe des tarifs spéciaux pour l'électricité et le gaz naturel pour les familles socialement vulnérables. En 2021, le nombre de ménages bénéficiant du tarif du gaz était de 65-66 000 par mois, et de 96-97 000 par mois pour l'électricité.*
- *D'ici la fin du mois de mai 2023, le ministère du travail et des affaires sociales prévoit d'introduire un nouveau système d'évaluation de la vulnérabilité et de lancer sa mise en œuvre sous la forme d'un programme pilote. Le nouveau système sera basé sur la méthode du "test de ressources hybride" et fournira une vérification complexe des revenus et des fonds formels, ainsi qu'un mécanisme pour introduire des revenus difficilement vérifiables. Selon les premières estimations, le nouveau système réduira les erreurs d'inclusion et d'exclusion et augmentera l'adressabilité. En particulier, l'adressabilité du nouveau système aux 20 % les plus pauvres de la population sera de 75 %, contre 50,3 % pour le système actuel. Le nouveau système prévoit une politique de revenu minimum garanti,*

dans le cadre de laquelle le revenu minimum garanti ou le seuil d'admissibilité aux prestations est fixé à la valeur du panier alimentaire du deuxième trimestre de l'année précédente, ce qui permettra de vaincre l'extrême pauvreté.

- *Le ministère du Travail et des Affaires sociales propose des logements sociaux aux personnes socialement défavorisées et aux groupes spéciaux ayant besoin d'un espace de vie (la liste des bénéficiaires est définie par le décret gouvernemental № 1069-N du 10 septembre 2015). La liste comprend les enfants laissés sans soins parentaux, les familles dont les membres ont moins de 18 ans et sont enregistrés dans le système d'évaluation de la vulnérabilité des familles, les retraités célibataires sans emploi, les familles monoparentales, les réfugiés et les demandeurs d'asile.*
- *Simultanément, le gouvernement élabore une stratégie de logement social qui augmentera la couverture des bénéficiaires et le nombre de services.*
- *Le 1er janvier 2019, les prestations de vieillesse, d'invalidité et de survivant ont été portées au seuil d'extrême pauvreté, soit 25 000 drams, le 1er janvier 2020, 26 500 drams, depuis le 1er janvier 2022, 28 600 drams et, pour un enfant handicapé, 37 000 drams. Le gouvernement prévoit d'augmenter l'allocation pour qu'elle corresponde au montant de la pension minimale et, en 2026, pour qu'elle corresponde à la valeur du panier alimentaire.*
- *À partir de septembre 2021, la "pension minimale" a été introduite et fixée à 31600 AMD (sur le seuil d'extrême pauvreté (alimentaire)), ce qui représente une augmentation d'environ 24 % par rapport au 1er janvier 2019, et une augmentation de 10 % depuis le 1er janvier 2022. La pension mensuelle moyenne est actuellement de 43 983 AMD.*

2. L'assistance juridique

Pour garantir la protection des droits sociaux, les services sociaux unifiés, qui relèvent du ministère du travail et des affaires sociales, fournissent une aide juridique aux citoyens qui s'adressent à eux.

3. Migrants irréguliers et étrangers

Le service des migrations fournit un soutien social aux demandeurs d'asile et aux réfugiés reconnus. Les personnes qui se trouvent en Arménie de manière illégale doivent être renvoyées dans leur pays ou dans un pays tiers si leur retour dans leur pays d'origine n'est pas sûr.

4. Assistance médicale lors de la pandémie COVID-19

Les soins hospitaliers pour les patients atteints d'une maladie à coronavirus sont fournis gratuitement dans des conditions garanties par l'État dans des organisations de soins et de services médicaux reprofilés, et les soins médicaux ambulatoires sont fournis dans des établissements de soins de santé primaires.

257. Le CA a pris note des informations fournies et a décidé d'attendre la prochaine évaluation du CEDS après de nouvelles informations qui figureront dans le prochain rapport.

RESC 13§1 REPUBLIQUE TCHÈQUE

258. Le CEDS a conclu que la situation en République tchèque n'était pas conforme à l'article 13§1 de la Charte de 1961 pour les raisons suivantes :

- le droit à l'assistance sociale pour toutes les personnes dans le besoin n'est pas garanti car elle peut être supprimée en cas de refus d'une offre d'emploi ou de non-inscription auprès d'une agence pour l'emploi ;
- le niveau d'assistance sociale était manifestement insuffisant.

259. En ce qui concerne le premier motif de non-conformité, le CEDS a noté que les personnes refusant une offre d'emploi ou ne s'inscrivant pas auprès d'une agence pour l'emploi ne percevraient pas de prestations pendant trois mois, tout comme les personnes n'assurant pas la fréquentation scolaire obligatoire de leurs enfants. Le CEDS a estimé que si aucun moyen de subsistance n'est

mis à la disposition des personnes dont les prestations d'assistance sociale sont supprimées à titre de sanction, cela n'est pas conforme à la Charte de 1961.

260. En ce qui concerne le niveau de l'assistance sociale, le CEDS a estimé qu'il était manifestement inadéquat - l'assistance minimale (minimum vital de 134 euros et minimum de subsistance de 86 euros) était bien inférieure au seuil de pauvreté (417 euros).

261. Le premier motif de non-conformité apparaît pour la première fois. En revanche, le second motif de non-conformité concernant l'adéquation de la prestation d'assistance sociale est un motif de non-conformité de longue date. En 2002 (conclusions XVI-1), le CEDS a estimé qu'il était impossible de déterminer dans quelle mesure la situation était conforme à l'article 13§1 de la Charte sans indication sur la manière dont le niveau de la prestation d'assistance accordée se compare au salaire moyen et au salaire minimum ou à un budget familial minimum et a demandé que les informations soient soumises dans le rapport suivant. En 2004 (conclusions XVII-1), le CEDS a estimé que le niveau des prestations était adéquat, tandis qu'en 2006 (conclusions XVIII-1), en raison de l'évolution des circonstances, il a de nouveau réservé sa position et demandé un complément d'information. En 2009 (conclusions XIX-2) et 2013 (conclusions XX-2), le CEDS n'a pas été en mesure d'établir que la prestation susmentionnée était adéquate et en 2021, elle a été jugée inadéquate.

262. En 2014, en ce qui concerne le deuxième motif de non-conformité, le CA a décidé d'attendre les informations à fournir dans le prochain rapport.

263. Le représentant de la République tchèque a fourni les informations suivantes :

I. Inexactitude terminologique

Au paragraphe 16, le Comité note à tort que les personnes des États parties à la Charte sociale européenne n'ont pas droit à l'assistance sociale en République tchèque.

16. (...)

Le Comité note qu'il existe donc un droit explicite à l'assistance sociale pour les ressortissants de l'UE et les membres de leur famille, mais pas pour les ressortissants d'un État membre de la Charte sociale. Aucune information sur les statistiques et les modalités de cet accès, à l'exception du régime spécial applicable aux mineurs.

(...)

Le paragraphe 20 contient une inexactitude terminologique assez importante - les personnes séjournant illégalement sur le territoire de la République tchèque ne bénéficient pas d'une assistance médicale extraordinaire, mais d'une assistance en cas de besoin matériel, à condition qu'une personne soit exposée à un risque d'atteinte grave à sa santé.

Cette inexactitude terminologique influence la compréhension de certains segments du système tchèque d'aide sociale -> l'assistance médicale d'urgence extraordinaire et immédiate (une prestation unique du système d'assistance en cas de besoin matériel). Une prestation d'assistance immédiate extraordinaire due à la menace d'une atteinte grave à la santé n'a rien à voir avec les soins médicaux.

20. *Le rapport fait référence aux personnes présentes en République tchèque en situation irrégulière et au fait qu'elles peuvent bénéficier d'une aide d'urgence immédiate extraordinaire (une prestation unique du système d'assistance en cas de besoin matériel). La prestation peut être fournie jusqu'à un montant qui complète le revenu de la personne jusqu'au minimum vital ; dans le cas d'un enfant, jusqu'au minimum vital. Depuis juillet, le minimum vital s'élève à 2 980 CZK, le minimum de vie de 2 390 à 3 320 CZK en fonction de l'âge de l'enfant.*

II. Explication

Services sociaux

Dans le cadre de son système de services sociaux, la République tchèque fournit aux étrangers - personnes situées sur son territoire - l'assistance nécessaire dans les situations qu'ils ne sont pas en mesure de gérer par eux-mêmes (ce que l'on appelle les situations sociales défavorables).

Par conséquent, si des étrangers résidant légalement en République tchèque (statut accordé par le ministère de l'intérieur) demandent des services sociaux et remplissent en même temps les conditions de leur fourniture (ils se trouvent dans une situation sociale défavorable à laquelle le service social répond), ils bénéficient d'un service social conformément à la section 4 (2a) de la loi n° 108/2006 Coll. sur les services sociaux, telle qu'amendée.

Ces personnes font partie du cercle des personnes spécifiées dans les dispositions de l'article 4 (1i) de la loi susmentionnée, c'est-à-dire des étrangers sans résidence permanente sur le territoire de la République tchèque, à qui ce droit est garanti par un traité international faisant partie de l'ordre juridique de la République tchèque. Ces personnes entrent donc clairement dans le cercle des bénéficiaires définis par la loi susmentionnée.

Le traité international auquel il est fait référence dans ce cas est la Charte sociale européenne (article 13).

En outre, la loi sur les services sociaux inclut dans sa section 4 (3) une réglementation spéciale, selon laquelle les services sociaux, les foyers d'asile, les centres de contact, l'assistance de crise, les centres d'intervention, les centres de jour à bas seuil, les installations à bas seuil pour les enfants et les jeunes, les dortoirs et les programmes de sensibilisation qui y sont définis sont également fournis à une personne qui n'est pas mentionnée dans la section 4 (2) de la loi sur les services sociaux, si, conformément à la loi n° 326/1999 Coll. sur le séjour des étrangers sur le territoire de la République tchèque et sur l'amendement de certaines lois, telle qu'amendée (ci-après dénommée "loi sur les étrangers"), réside légalement sur le territoire de la République tchèque.

Des services sociaux, des refuges, une assistance en cas de crise et des programmes de sensibilisation sont également proposés aux personnes victimes de la traite des êtres humains ou d'un enlèvement.

Un conseil social professionnel est fourni à une personne victime d'un crime, si, conformément à la loi n° 326/1999 Coll. sur le séjour des étrangers sur le territoire de la République tchèque et sur l'amendement de certaines lois, telle qu'amendée, elle réside légalement en République tchèque, et à une personne victime du crime de traite des êtres humains ou du crime d'introduction.

La réglementation légale susmentionnée relative à la définition de l'éventail des bénéficiaires dans le domaine des services sociaux est entrée en vigueur sans modification le 1er janvier 2007, c'est-à-dire depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 108/2006 Coll. sur les services sociaux.

Avantages de l'assistance en cas de besoin matériel

La loi n° 111/2006 Coll. sur l'assistance en cas de besoin matériel stipule quand une personne/famille a droit à l'assistance sociale, est considérée comme une personne/famille dans le besoin matériel et a droit à des prestations (récurrentes) d'assistance en cas de besoin matériel. Il s'agit du manque de moyens pour subvenir aux besoins essentiels de la vie, de l'incapacité d'augmenter ses revenus en raison de l'âge, de la santé ou d'autres raisons sérieuses par ses propres efforts, qui menace sérieusement la capacité de garantir des conditions de vie de base.

La capacité d'augmenter ses revenus par son propre travail n'est examinée que pour les personnes "aptées au travail" afin de pouvoir bénéficier des prestations d'aide aux personnes dans le besoin. La condition d'être dans une relation de travail ou une relation similaire, d'exercer une activité indépendante, d'être inscrit comme demandeur d'emploi, de ne pas refuser un emploi, de participer à des programmes d'emploi, etc. ne s'applique pas aux personnes âgées de plus de 68 ans, aux bénéficiaires d'une pension de vieillesse, aux personnes handicapées au troisième degré, aux bénéficiaires d'allocations de maternité, d'allocations parentales, d'allocations de soins, aux personnes qui s'occupent d'enfants et de personnes handicapées, aux personnes temporairement incapables de travailler, etc.

En plus de fixer des conditions strictes pour le droit aux prestations, la loi susmentionnée contient également une disposition "d'assouplissement" en vertu de laquelle l'autorité publique chargée de gérer l'assistance en cas de besoin matériel (Office du travail de la République tchèque) a la possibilité d'évaluer la situation d'une personne particulière et, dans des cas justifiés, de considérer cette personne comme une personne en situation de besoin matériel et de lui accorder le droit aux prestations même si elle ne remplit pas les conditions spécifiées.

Les décisions relatives aux prestations d'assistance matérielle sont prises dans le cadre d'une procédure administrative ; des recours sont possibles. Outre les recours dits ordinaires (appels), il existe des "recours extraordinaires" (révision, nouveau procès), et un contrôle juridictionnel est également possible. Il en va de même dans le domaine de l'emploi, c'est-à-dire également pour la sanction de l'exclusion du registre des demandeurs d'emploi. Les personnes doivent être informées des voies de recours disponibles dans toute décision relative aux prestations. Chaque décision doit contenir une partie appelée "Instruction" dans laquelle sont mentionnés la possibilité d'introduire un recours, le délai dans lequel il faut le faire et l'autorité auprès de laquelle le recours est introduit.

L'objectif de la législation et de la pratique en matière d'assistance aux personnes en âge de travailler qui ne s'occupent pas d'autrui et qui sont en bonne santé est d'être économiquement actif et indépendant ou, dans une moindre mesure, dépendant de l'aide de l'État. L'objectif de la protection sociale au sens large ne peut pas être simplement la perception de prestations, mais l'activation, l'assistance globale à une personne. Logiquement, cela inclut l'aide à l'obtention d'un emploi et l'aide à l'acquisition ou à l'accroissement de l'indépendance économique, ou encore le travail social. Le manque d'intérêt pour le traitement de sa situation sociale et de ses revenus défavorables réduit donc "équitablement" le montant de l'aide sous forme de prestations directes.

Il convient de garder à l'esprit que l'assistance sociale comprend non seulement des prestations récurrentes d'assistance matérielle, mais aussi des prestations ponctuelles d'assistance immédiate d'urgence qui répondent à des situations spécifiques, telles que le fait d'être touché par une situation d'urgence grave, le manque de fonds pour couvrir les dépenses ponctuelles nécessaires, le manque de ressources pour acheter ou réparer des articles dont on a besoin à long terme, le manque de fonds pour couvrir les frais justifiés liés à l'éducation ou aux activités de loisirs des enfants à charge et pour assurer les activités nécessaires liées à la protection sociale et juridique des enfants, le risque d'exclusion sociale.

Il est également important que les personnes qui ne remplissent pas la condition d'activité professionnelle et qui ont été touchées par le mécanisme de sanction conservent l'accès à d'autres formes d'assistance financées par les budgets publics, telles que les services sociaux, les refuges, les dortoirs, les banques alimentaires, etc. Une aide immédiate extraordinaire peut être accordée.

Identifier le montant de l'aide sociale avec le montant du minimum vital et du minimum de subsistance et, sur cette base, qualifier le montant de l'aide sociale de manifestement insuffisant est une erreur. Bien que les prestations d'assistance en cas de besoin matériel utilisent les catégories du minimum vital et du minimum de subsistance comme critères d'évaluation des droits et de détermination de leur montant, le montant de la prestation récurrente d'assistance en cas de besoin matériel appelée "allocation de subsistance" n'est pas égal aux montants du minimum vital ou du minimum de subsistance. La loi sur l'assistance en cas de besoin matériel utilise le concept de subsistance qui est compositionnel et traite des montants du minimum vital et du minimum de subsistance. En calculant le minimum vital, elle augmente ces montants du minimum vital et du minimum de subsistance des pourcentages fixés par la loi en fonction de la situation individuelle et de l'activité du bénéficiaire des prestations. En outre, pour les personnes ayant un régime alimentaire coûteux, le montant du minimum vital tient également compte de ce fait (il augmente de 1 000 à 2 800 CZK en fonction du type de régime, il augmente (octobre 2022) de 1 095 à 3 066 CZK en fonction du type de régime).

Le minimum vital et le minimum de subsistance fixent des limites de revenu pour assurer la nutrition et les autres besoins fondamentaux de la vie. Ils n'incluent pas les frais de logement, car l'aide au remboursement des frais de logement nécessaires fait l'objet de deux prestations distinctes ("allocation de logement" du système d'aide sociale de l'État et prestation spéciale d'aide en cas de besoin matériel appelée "supplément de logement").

Pour déterminer si le montant de l'aide est suffisant, il faut prendre en compte le montant des deux aides au logement, en plus du montant de l'allocation de subsistance ou de l'allocation pour la subsistance.

La même approche doit être suivie pour évaluer les niveaux d'aide sur la base d'une comparaison avec le seuil de pauvreté (60 % du revenu équivalent médian). Il n'est pas possible de comparer uniquement les montants du minimum vital et du minimum de subsistance, il est nécessaire d'"ajouter" l'aide au logement. Les documents analytiques sur le thème du revenu minimum, dont le traitement est commandé par la Commission européenne, utilisent cette approche et la République tchèque obtient de meilleurs résultats.

Il convient également de noter que les montants du minimum vital font l'objet d'une revalorisation. En 2022, ils ont été augmentés au 1^{er} du mois d'avril et au 1^{er} du mois de juillet.

Depuis juillet 2022, une situation supplémentaire a été introduite pour l'octroi de l'aide d'urgence immédiate. Il s'agit d'un "autre événement" (= un événement qui, en raison de son ampleur, n'aurait pas pu être prévu ou empêché et qui a pour conséquence qu'une personne est menacée par le manque de ressources financières, en particulier par la perte de son logement ou par l'impossibilité de se procurer des biens de première nécessité).

Il s'agit de cas inédits et inattendus qui peuvent survenir dans la vie et mettre les personnes vulnérables dans une situation désespérée. Par exemple, il peut s'agir d'une pandémie, d'une crise énergétique ou d'un autre événement qui peut plonger une famille ou un individu dans une situation sociale défavorable associée à la perte d'un logement.

Une personne (famille) peut être aidée, par exemple, dans les cas où elle n'a pas encore droit à un supplément pour le logement et ne dispose pas de fonds suffisants pour couvrir les frais de logement justifiés qui ont augmenté, ou en raison de l'augmentation excessive des dépôts d'énergie, elle n'a pas assez d'argent pour les payer.

Malgré son caractère ponctuel, cette aide (pour remplir son objectif) peut être fournie de manière répétée. Le montant est déterminé en tenant compte des moyens financiers et de la situation des revenus, de sorte que la somme des prestations accordées à ce titre ne dépasse pas 20 fois le niveau de vie minimum d'une personne au cours des 12 mois civils consécutifs (max. 92 400 CZK).

En ce qui concerne l'aide immédiate extraordinaire, il convient de rappeler qu'en matière de logement, l'aide immédiate extraordinaire peut également être fournie dans les situations où une personne (famille) n'a pas les moyens financiers de facturer l'énergie, de fournir une somme principale (dépôt) lors de l'acquisition d'un nouveau logement, d'acquies ou de réparer des articles de base essentiels à long terme (par exemple, un réfrigérateur, une machine à laver, des meubles), pour les nuitées (par exemple, le paiement des dortoirs pour les sans-abri pendant l'hiver).

Même dans ces cas, chaque situation est évaluée sur la base du revenu, de la situation sociale et financière d'une personne (famille) et il est indifférent que le bénéficiaire des prestations d'aide récurrentes soit dans le besoin matériel (allocation de subsistance et supplément pour le logement).

Soins de santé et services de santé

En République tchèque, la loi (loi n° 372/2011 Coll. sur les services de santé et les conditions de leur fourniture) stipule que tout patient doit recevoir des soins urgents, c'est-à-dire des soins pour des affections mettant sa vie en danger.

Ces soins sont fournis à tout le monde, que la personne dans le besoin soit assurée ou qu'elle paie elle-même, qu'elle réside en République tchèque illégalement ou non.

Le prix de ces soins est en effet réglementé pour les personnes qui paient elles-mêmes, et donc, contrairement aux soins planifiés, le prestataire ne peut pas facturer le patient sans limitation.

Avec ces mesures, la République tchèque respecte toutes ses obligations internationales.

264. Le Secrétariat a précisé qu'il est entendu que le système ne veut pas d'abus de l'allocation (premier motif). En ce qui concerne le deuxième motif, il y a une augmentation chaque année, mais le seuil de pauvreté n'est toujours pas atteint. Le représentant tchèque répond que la situation n'est

pas grave car les personnes en dessous du seuil de pauvreté peuvent demander d'autres types d'aide.

265. Le représentant de la CES a déclaré qu'une éventuelle recommandation devrait être formulée de manière à souligner la nécessité d'accroître les efforts.

266. La représentante française a déclaré qu'il serait utile de fournir des informations sur les stratégies et des informations supplémentaires sur les catégories vulnérables et l'efficacité de l'aide sociale, que l'écart considérable entre les niveaux de protection et de pauvreté est regrettable, et elle a demandé la définition de l'aide qui assure une meilleure protection en général et les politiques du pays.

267. Le représentant tchèque répond qu'il existe des bureaux de chômage et que les personnes qui ont besoin d'un emploi peuvent postuler et même améliorer leurs compétences, que les familles sont soutenues et que le prochain rapport pourra fournir plus de détails sur les stratégies. En outre, ils comprennent la recommandation et la nécessité d'améliorer les normes. Ils ne s'opposent pas à la recommandation et la prendront de manière positive afin d'insuffler une nouvelle énergie et de rendre la vie plus agréable et plus sociale.

268. Le président est très satisfait de l'attitude positive et demande à la commission si la recommandation d'encouragement devrait être envoyée à la République tchèque concernant les montants minimums et les conditions d'obtention des montants supplémentaires. Il pense qu'il serait plus efficace d'obtenir un montant minimum unique que d'avoir des montants supplémentaires. La formulation sera discutée par la République tchèque et le Secrétariat et, à l'avenir, il serait plus pratique pour le Comité de recevoir la recommandation avant la réunion.

269. La recommandation a été adoptée à la majorité avec 3 abstentions.

270. Le représentant français a demandé à ce que le texte précise qu'il s'agit d'une recommandation très positive.

RESC 13§1 MONTENEGRO

271. Le CEDS a conclu que la situation au Monténégro n'était pas conforme à l'article 13§1 de la Charte pour les raisons suivantes :

- le droit à l'assistance sociale n'est pas garanti à toute personne sans ressources ;
- le niveau d'assistance sociale était manifestement insuffisant.

272. En ce qui concerne le droit à l'assistance sociale, le CEDS a noté que l'assistance sociale était accordée aux personnes appartenant à des catégories spéciales (sur la base de leur statut personnel et non du niveau des ressources minimales). Une allocation de chômage était accordée aux personnes en âge de travailler qui n'avaient pas refusé une offre d'emploi, une formation professionnelle, un recyclage ou une formation complémentaire. Elle a été jugée non conforme à la Charte.

273. En ce qui concerne l'adéquation du niveau d'assistance sociale, le CEDS a conclu à la non-conformité car l'aide qui pouvait être obtenue (68,57 €) était bien inférieure au seuil de pauvreté (selon Eurostat, 157 € en 2019).

274. La non-conformité au motif que le droit à l'assistance sociale n'est pas garanti à toute personne sans ressources a été constatée dès 2017. Le niveau d'assistance sociale a été jugé manifestement insuffisant en 2013 et en 2017.

275. En 2018, le CA a pris note des informations fournies par le représentant du Monténégro concernant le niveau d'assistance sociale et a décidé d'attendre la prochaine évaluation du CEDS.

276. Le représentant du Monténégro a fourni les informations suivantes :

Concernant la conclusion du Comité selon laquelle la situation au Monténégro n'est pas conforme à l'article 13 du RESC - Droit à l'assistance sociale et médicale Paragraphe 1 - Assistance adéquate pour toute personne dans le besoin, au motif que :

- le droit à l'assistance sociale n'est pas garanti à toute personne sans ressources ;
- le niveau d'assistance sociale est manifestement insuffisant,

Le gouvernement du Monténégro fournit les informations suivantes :

*En ce qui concerne le premier motif de non-conformité, en plus de la réponse précédente dans le rapport sur la mise en œuvre de la Charte sociale européenne modifiée, nous notons que le droit à l'assistance sociale conformément à la loi sur la protection sociale et la protection de l'enfance est garanti à un individu s'il est incapable de travailler s'il est âgé de plus de 67 ans ou si l'incapacité est causée par un état de santé. Si une personne est âgée de moins de 67 ans, elle reçoit une compensation financière conformément à la réglementation en matière d'emploi. Une personne ayant des problèmes de santé entraînant une incapacité de travail et n'ayant pas les moyens de vivre dans les conditions prescrites par la loi sur la protection sociale et la protection de l'enfance peut exercer son droit à une aide financière, qui, en raison de l'alignement à partir du 1er juillet 2022, s'élève à **76,56 €** (918,72 € par an), son droit à une allocation de soins et d'assistance d'un montant de **75,97 €** par mois (911,64 € par an) ou son droit à une allocation personnelle d'invalidité d'un montant de **207,16 €** par mois (2.485,92 € par an). Si le bénéficiaire de l'allocation personnelle d'invalidité a un parent ou un tuteur, cette personne reçoit une allocation mensuelle de **224,36 €** (2 692,32 € par an). En plus de ce qui précède, une personne peut avoir droit à une aide financière unique d'environ 200 €, à une subvention pour les factures mensuelles d'électricité d'environ 20 € (environ 240 € par an), s'il est estimé qu'un hébergement dans un établissement social est nécessaire, dont les coûts sont pris en charge par l'État (300-450 € par mois en fonction de l'état de santé, soit 3600-5400 € par an), à un hébergement dans un centre d'accueil, à un service d'aide à domicile fourni par des femmes de ménage et à un travail d'orientation. Elle exerce également certains droits et subventions pour les services communaux au niveau local (pour lesquels aucun registre n'est tenu au niveau de l'État). Elle exerce également certains droits et subventions pour des services communaux au niveau local (dont il n'est pas tenu compte au niveau de l'État).*

Le droit à une aide financière ponctuelle et le droit à un travail de conseil peuvent être exercés par les personnes capables de travailler et sans ressources, ainsi que par les personnes qui ne sont pas en état de besoin social si les circonstances font qu'elles ont besoin d'une telle aide (frais de traitement, remédiation à des catastrophes naturelles, etc.)

Les personnes capables de travailler (article 21, paragraphe 1, point 2, de la loi sur la protection sociale et de l'enfance) qui refusent l'emploi proposé sur leur lieu de résidence, ou une formation professionnelle, un recyclage ou une formation complémentaire conformément à la loi, peuvent exercer leur droit à une aide financière, à moins qu'au moins deux ans ne se soient écoulés depuis le refus, ou si elles sont utilisatrices du droit, leur droit s'éteint (article 22, paragraphe 1, point 8, de la loi sur la protection sociale et de l'enfance).

Nous soulignons qu'il s'agit d'un très petit nombre de ces personnes et, surtout, qu'il s'agit de personnes qui travaillent dans l'économie informelle et qui n'ont pas d'intérêt financier à établir une relation de travail légale.

Nous soulignons également que l'article 28 de la loi sur la protection sociale et la protection de l'enfance prescrit l'obligation de coopération entre les centres de travail social et le bureau de l'emploi pour la mise en œuvre de mesures d'inclusion sociale des utilisateurs valides de l'aide financière, c'est-à-dire que, conformément à leurs règlements, le service de l'emploi travaille activement à l'activation du travail de ces bénéficiaires.

*En ce qui concerne le deuxième motif de non-conformité, nous constatons que les montants de l'indemnité de soutien financier, en fonction du nombre de membres de la famille, vont de **76,56 €** pour une famille unipersonnelle à **145,56 €** pour une famille de cinq membres ou plus. Une famille moyenne de quatre personnes avec deux enfants reçoit une allocation mensuelle de soutien financier d'un montant de **130,27 €** par mois (**1 563,24 €** par an), une allocation familiale pour deux enfants de **97,10 €**, soit **48,55 €** par enfant (**1 165,00 €** par an), une aide mensuelle à l'électricité*

d'environ 25,00 € (environ 300.00 € par an), si les enfants vont à l'école maternelle, environ 30,00 € par mois et par enfant (pour 10 mois, environ 660,00 €), si les enfants se reposent et se divertissent en hiver et en été, environ 210 € par enfant (un total de 420 € pour deux enfants) sont versés sur le budget, et l'aide financière ponctuelle est en moyenne de 250 à 300 €. En supposant qu'ils bénéficient de tous les droits susmentionnés, environ 4 188,00 € sont alloués annuellement à la famille de quatre membres bénéficiaires d'une aide financière. Sous l'autorité du ministère de l'éducation, elle fournit aux enfants des manuels scolaires gratuits. En outre, la famille exerce certains droits et subventions pour les services communaux au niveau local (pour lesquels aucun registre n'est tenu au niveau de l'État).

En plus de ce qui précède, nous soulignons que les institutions internationales pertinentes de l'UNICEF, ainsi que le PNUD ont analysé le système de protection sociale et de l'enfance au Monténégro avec des propositions pour son amélioration, et dans la période à venir, il est prévu de modifier les réglementations dans ce domaine.

Il convient de noter que malgré les fonds limités du budget de l'État pour 2022, 139 705 000,00 € seront alloués au domaine de la protection sociale et de l'enfance à partir des fonds du budget ordinaire, ce qui représente **59 787 034,07 €** de plus que le fonds réel en 2021, qui s'élevait à 79 917 965,93 €. L'augmentation des ressources budgétaires est principalement conditionnée par l'introduction d'une allocation pour les enfants jusqu'à 6 ans à partir du 1er octobre 2021, et par l'introduction d'une allocation pour les enfants jusqu'à 18 ans à partir du 1er octobre 2022.

L'année 2021 ayant été marquée par une pandémie, dans le cadre de la lutte contre le COVID-19, et afin d'atténuer la situation financière difficile, le gouvernement du Monténégro a mis en œuvre un ensemble de mesures dans le cadre desquelles la réserve budgétaire a fourni un total de 826 300,00 € d'aide ponctuelle aux bénéficiaires : soutien financier et bénéficiaires de prestations d'invalidité personnelle : 826.300,00 € d'aide unique aux bénéficiaires : soutien financier et bénéficiaires de prestations personnelles d'invalidité. Par la conclusion du gouvernement du Monténégro numéro : 07-398 / 2 du 28.01.2021 en février, les bénéficiaires de prestations d'invalidité personnelle ont reçu une aide financière unique de 50,00 €, tandis que les familles bénéficiant d'un soutien financier ont reçu : 50,00 € pour une famille avec un seul membre, 100,00 € pour les familles avec plusieurs membres. Le nombre de bénéficiaires d'allocations personnelles d'invalidité qui ont reçu une aide unique est de 2 767, pour un montant de 138 350,00 €, tandis que le nombre de familles bénéficiant d'un soutien financier couvertes par cet ensemble de mesures est de 8 354, pour un montant de 687 950,00 €. Durant cette période, les institutions sociales et de protection de l'enfance ont permis aux usagers d'accéder aux droits et aux services conformément aux mesures adoptées par les autorités compétentes. Dans les institutions d'hébergement des usagers, un régime spécial a été mis en place afin de protéger la santé des usagers en ce qui concerne l'application de toutes les mesures épidémiologiques (vaccination, masques de protection, etc.).

En outre, la Commission pour la distribution d'une partie des fonds de réserve du budget a approuvé l'octroi d'une aide financière aux citoyens, conformément aux conclusions des experts et à l'avis de l'assistant social. En septembre 2021, un bon social pour les achats sur les marchés d'une valeur de 30, 50 et 100 € a été introduit. 2924 bons ont été émis pour une valeur totale de 180 540,00 €. Il s'agit d'une nouvelle forme d'assistance aux citoyens qui se trouvent dans une situation de besoin social et qui a été portée à la connaissance des citoyens par le biais d'une campagne médiatique menée sur ce thème.

Afin d'améliorer la protection des enfants en 2021, il est prescrit que le droit à l'allocation pour enfant, en plus des catégories déjà prescrites, a tous les enfants âgés de 0 à 6 ans, indépendamment de la situation financière des parents et le nombre d'enfants qui ont utilisé ce droit est de 36.715 enfants de 2.153.300,00 €. Le montant de l'allocation pour enfants en 2021 allait de 30 € à 60,90 €, selon la catégorie d'enfants, et un total de 7 063 433,92 € a été alloué à toutes les catégories d'enfants en 2021. En outre, en décembre 2021, la loi sur les amendements à la loi sur la protection sociale et la protection de l'enfance a été adoptée, qui prescrit le droit aux allocations familiales pour tous les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans, avec effet à partir du 1er octobre 2022.

En 2022, jusqu'en septembre, 6.359.725,72 € ont été dépensés en allocations familiales selon les catégories prescrites, et le nombre d'enfants qui ont exercé leur droit a été de 12.461. Pour les bénéficiaires de l'allocation pour enfants jusqu'à 6 ans, 11.423.861,99 € sont payables pour la même période pour 37.647 enfants. Au 1er octobre 2022, 76 311 enfants ont demandé le droit aux allocations familiales pour les enfants jusqu'à 18 ans, pour les besoins desquels 2 289 330,00 € seront alloués mensuellement, et 27 471 960,00 € au niveau annuel.

Selon les données actuelles, le nombre total d'enfants qui recevront une allocation de 30 € (tous les enfants de 0 à 6 ans et, à partir du 1er octobre, tous les enfants jusqu'à 18 ans) est d'environ 114 000, ce qui, en termes financiers, représenterait 3 420 000 000 € par mois ou, annuellement, environ 41 040 000 000,00. Si l'on additionne les allocations familiales par catégorie, il est prévu que pour l'année 2023, il sera nécessaire de réserver environ 52.000.000,00 pour l'allocation familiale.

Les articles 38 et 58 de la loi sur la protection sociale et la protection de l'enfance prescrivent l'harmonisation semestrielle des prestations matérielles de la protection sociale et de la protection de l'enfance sur la base du coût de la vie et du salaire moyen des employés au Monténégro, sur la base des statistiques du semestre précédent, en un pourcentage représentant la somme d'un demi pour cent de croissance, c'est-à-dire une baisse du coût de la vie et une augmentation d'un demi pour cent des salaires.

Par rapport à 2021, on observe en 2022 une légère augmentation du nombre de bénéficiaires du droit à l'allocation de soins et d'assistance de 19 379 à 20 509 (septembre), des prestations personnelles d'invalidité de 2 997 à 3 105 bénéficiaires (septembre), une diminution du nombre de bénéficiaires du soutien financier de 7 586 utilisateurs à 6 408 (septembre), ce qui est une continuation de la tendance à la réduction de la période précédente, ainsi que d'autres droits dont la fourniture matérielle est la base de l'exercice des droits.

Sachant qu'en janvier 2022 le salaire minimum a été fixé à 450,00 € par mois au lieu de 222,00 € précédemment, à partir du 1er juillet 2022 il y a eu une augmentation du montant des prestations matérielles de 8,7 %, conformément aux articles 38 et 58 de la loi susmentionnée.

277. Le président remercie le représentant et note que tous les chiffres sont contenus dans le document envoyé au Secrétariat, mais qu'ils ne peuvent pas tous être évalués lors de la réunion. Dans le dernier paragraphe, il est écrit que le montant des prestations matérielles a augmenté de 8,7 %, mais il semble toujours inférieur au seuil de pauvreté. La question est de savoir quel est le seuil de pauvreté et quelle est l'aide accordée. Le salaire minimum est de 450 euros, mais le montant de l'aide sociale n'est pas clair. Le représentant du Monténégro a répété qu'il y avait eu une augmentation (mais il n'en a pas donné le montant). Le Secrétariat a déclaré qu'il n'y avait pas de changement selon lui, car l'aide pour les personnes seules sans ressources est de 76 euros et peut aller jusqu'à 200 euros. Comme le salaire minimum a augmenté, cela signifie que le seuil de pauvreté a également augmenté. Avec l'augmentation de la prestation d'assistance, il y a toujours un écart. Elle conclut en demandant si ce point de vue est correct. Le représentant du Monténégro répond qu'il existe une aide sociale pour toute personne seule en cas de besoin. Le montant est effectivement celui indiqué, mais il existe d'autres allocations comme le chèque social et une allocation familiale pour tous les enfants à partir d'octobre 2022, une aide pour les factures d'électricité, etc.

278. Le président déclare que le Monténégro se trouve dans la même situation que la République tchèque et qu'il devrait donc y avoir un vote sur une recommandation.

279. Le résultat du vote est le suivant : contre : 5, abstentions : 20, pour : 10 : La recommandation n'est pas adoptée. Comme l'a fait remarquer la présidence, un message doit encore être envoyé au Monténégro pour qu'il se conforme à la Charte sur l'assistance sociale.

280. Le Secrétariat note qu'il doit y avoir une cohérence lorsque les conclusions sont envoyées au CM et dans le GT-Charte, on remarquera qu'il y a un déséquilibre dans le traitement des pays lorsqu'un pays est réticent à accepter la mesure, c'est-à-dire la recommandation.

281. Le représentant de la Macédoine du Nord était d'avis, lors de la session de la veille, que lorsqu'il y a un terrain d'entente, il ne devrait pas y avoir de vote. Le président pense que s'il y avait un projet de recommandation préparé par le Secrétariat, il serait plus facile pour le CA de voter. Le représentant français déclare qu'il devrait y avoir une discussion sur la révision des méthodes de travail, mais la même question a été discutée par le RP et le RP français insistera sur l'égalité de traitement.

RESC 13§1 ROUMANIE

282. Le CEDS a conclu que la situation en Roumanie n'était pas conforme à l'article 13§1 de la Charte pour les raisons suivantes :

- les personnes non assurées et sans ressources n'ont pas droit à une assistance médicale adéquate ;
- le niveau de l'aide sociale versée à une personne seule sans ressources est insuffisant ;
- Les ressortissants étrangers en situation irrégulière qui ne peuvent pas demander une protection internationale n'ont pas droit à l'assistance sociale.

283. En ce qui concerne l'absence d'assistance médicale adéquate, le CEDS a réitéré sa conclusion de non-conformité, le rapport n'apportant aucun élément nouveau susceptible de modifier l'évaluation précédente. Les personnes sans ressources qui n'appartiennent pas à des catégories spécifiques n'ont pas droit à une assistance médicale, sauf en cas d'urgence. En d'autres termes, le système ne prévoit pas de soins médicaux ambulatoires primaires ou spécialisés pour les personnes pauvres ou socialement vulnérables, ce qui signifie que les soins de santé pour les personnes sans ressources sont insuffisants au regard de l'article 13, paragraphe 1, de la Charte.

284. En ce qui concerne le niveau de l'aide sociale versée à une personne seule sans ressources, le CEDS a noté que l'allocation de base pour une personne seule sans ressources se situait entre 127 et 139 euros, alors que le seuil de pauvreté estimé par Eurostat pour 2019 était de 160 euros.

285. En ce qui concerne le troisième motif de non-conformité, le CEDS a relevé dans le rapport que les ressortissants étrangers en situation irrégulière qui ne pouvaient pas demander une protection internationale ne bénéficiaient pas des droits à l'assistance sociale pour faire face à un état de besoin urgent et grave. Il a donc considéré que la situation n'était pas conforme à la Charte sur ce point.

286. La non-conformité aux premier et deuxième motifs, concernant l'adéquation de l'assistance médicale et sociale, est de longue date. En 2002, le CEDS a estimé pour la première fois que la situation n'était pas conforme en ce qui concerne l'assistance sociale, car de nombreuses personnes dans le besoin n'avaient pas droit à l'allocation. En 2004, il a pris note de l'adoption d'une nouvelle loi qui aurait dû remédier à la situation, a demandé des développements et a reporté sa conclusion. En 2006 et 2009, les informations fournies n'ont pas permis d'évaluer si le niveau d'assistance était adéquat. L'assistance sociale et médicale a été jugée inadéquate en 2013, 2015 et 2017.

287. Le troisième motif de non-conformité concernant l'assistance médicale fournie aux ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire a été constaté pour la première fois.

288. La CG n'a pas encore examiné la situation.

289. Le représentant de la Roumanie a présenté les informations suivantes :

En ce qui concerne le premier motif de non-conformité, il n'y a pas de développement en la matière, mais nous voulons souligner à nouveau que, conformément à l'article 224, par. 1, lettres k) et m), les personnes sans ressources qui bénéficient de l'assistance sociale conformément à la loi sur le revenu minimum garanti et les personnes qui bénéficient des allocations de chômage, ainsi que les autres catégories énumérées dans la loi, bénéficient de l'assurance sans paiement de la cotisation et reçoivent donc le paquet de services de base.

En ce qui concerne l'observation du Comité selon laquelle le droit à l'assistance médicale ne devrait pas être limité aux situations d'urgence et qu'un système ne comprenant pas de soins médicaux ambulatoires primaires ou spécialisés ne garantit pas suffisamment les soins de santé pour les personnes pauvres ou socialement vulnérables qui tombent malades, nous tenons à préciser que le rapport 20th contient des informations détaillées concernant les types de services médicaux en matière de soins de santé primaires et de soins ambulatoires spécialisés pour les spécialités cliniques qui sont inclus dans le paquet de services minimum, en plus des services médicaux pour les urgences médico-chirurgicales.

En ce qui concerne le deuxième motif de non-conformité, selon les dispositions actuellement en vigueur, une personne seule sans revenu peut avoir droit mensuellement aux prestations suivantes, pendant la saison froide :

- Aide sociale (revenu minimum garanti - RMG) pour une personne seule : 149 lei (environ 30 euros)*
- soit environ 18,7 % du revenu médian par équivalent adulte (160 euros pour une personne seule en 2019) ;*
- Aide au chauffage domestique par combustibles solides et mazout : (AI) 320 lei par mois (compensation à 100 %), accordée pendant la saison froide.*
- Supplément énergétique pour les combustibles solides et le pétrole (SE) d'un montant fixe, accordé pour toute l'année : Par conséquent, une personne seule sans ressources a droit à environ 489 lei/mois (98 euros), ce montant représentant 61 % du revenu médian par adulte équivalent¹² .*

*Outre ces montants, les personnes peuvent avoir droit à une cantine sociale (CS) : 12 lei/jour * 30 jours : 360 lei par mois (prestations en nature/nourriture fournie aux personnes en difficulté) ;*

En outre, l'ordonnance gouvernementale d'urgence n° 63/2022 a été récemment approuvée. 63/2022 relative à certaines mesures temporaires visant à fournir une aide matérielle à des catégories de personnes exposées au risque de privation matérielle et/ou au risque d'extrême pauvreté, partiellement financée par des fonds externes non remboursables, ainsi qu'à certaines mesures de distribution. Selon cet acte normatif, l'aide matérielle aux groupes vulnérables vise à compenser une partie des dépenses alimentaires de la vie quotidienne, en accordant des bons sociaux sur support électronique, pour l'achat de produits alimentaires et/ou pour la fourniture de repas chauds. L'aide matérielle est financée par le budget de l'État et par des fonds externes non remboursables dans le cadre du Programme opérationnel pour l'inclusion et la dignité sociale (POIDS) et du Programme opérationnel d'aide aux personnes défavorisées (POAD), dans le respect des règles d'éligibilité applicables et dans la limite des montants alloués à cette fin.

L'aide matérielle accordée sur la base du billet électronique a une valeur nominale de 250 lei et est accordée une fois tous les deux mois aux catégories vulnérables de bénéficiaires prévues par la loi. Les montants accordés peuvent être utilisés dans un délai de 12 mois à compter de la date de chaque fourniture.

En ce qui concerne le troisième motif de non-conformité, conformément aux dispositions de l'Ordonnance 194/2002 sur le régime juridique des étrangers et du Règlement des centres d'hébergement pour les étrangers placés en garde à vue, pendant leur séjour dans les centres, les étrangers en séjour illégal sur le territoire de la Roumanie bénéficient d'un hébergement, de nourriture, de matériel d'entretien et d'hygiène, ainsi que d'une assistance médicale et psychologique.

En outre, les étrangers qui ne disposent pas de fonds suffisants pour subvenir à leurs besoins ont la possibilité, conformément à la loi, de faire appel au soutien des ONG.

En même temps, nous mentionnons le fait que, dans le cas des étrangers en séjour illégal et tolérés sur le territoire de la Roumanie, l'accès au marché du travail leur est garanti, dans les mêmes conditions que celles prévues par la loi pour les citoyens roumains.

290. Le président a remercié la Roumanie et a noté qu'en ce qui concerne le premier motif, il n'y avait pas de changement, bien qu'il y ait un ensemble de services, et qu'en ce qui concerne le deuxième motif, les étrangers n'ont que l'assistance sociale d'urgence garantie.

291. Le représentant de la Belgique a demandé si l'assistance fournie pour le troisième motif était financière ou matérielle. Le représentant roumain répond qu'il s'agit de prestations en nature. Le représentant de la Belgique estime qu'en ce qui concerne les deux premiers motifs, la situation est la même que pour les pays précédents.

¹² (GMI) 149 lei + (SE) 20 lei + (AI) 320 lei = 489 lei (environ 98 euros) - soit environ 61 % du revenu médian par équivalent adulte ;

292. Le président déclare qu'il est important d'être cohérent, mais qu'il s'agit également d'une période de transition, et il demande donc ce que le CA va décider. Le représentant français a déclaré que la Roumanie est membre de l'UE et qu'elle a le devoir d'accepter la recommandation afin de la donner en exemple, de sorte que le CA doit appliquer ses méthodes de travail et avoir la même approche que pour la République tchèque.

293. Le Secrétariat précise que les conclusions ont été sélectionnées avec le Bureau, qu'il y a trois aspects concernant la Roumanie que le Secrétariat résume une fois de plus, ainsi que les montants soumis par la Roumanie en réponse à la conclusion de non-conformité et demande au représentant roumain si la vue résumée est correcte. Le représentant roumain confirme que c'est le cas.

294. Le président demande un vote sur le premier motif de non-conformité.

295. Pour : 16 Contre : 6 Abstentions : 15 . La recommandation n'est pas adoptée.

296. Deuxième motif : Pour : 7 Contre : 7 Abstentions : 21. Non adopté.

Troisième motif : Pour : 0 Contre : 4 Abstentions : 28. Non adopté.

297. Le président a conclu que le GC devait encore demander à la Roumanie d'améliorer la situation, en gardant à l'esprit qu'elle fait également partie de l'UE.

Article 13, paragraphe 4

298. Les bénéficiaires de ce droit à l'aide sociale et médicale d'urgence sont les ressortissants étrangers qui se trouvent légalement dans un pays donné mais qui n'ont pas le statut de résident. Par définition, le droit à l'aide d'urgence ne peut être soumis à aucune condition de durée de présence.

299. Les Etats parties sont tenus de fournir aux étrangers non-résidents sans ressources - qu'ils soient en situation régulière ou irrégulière - une assistance sociale et médicale d'urgence (hébergement, nourriture, soins d'urgence et vêtements) pour faire face à un état de besoin urgent et grave (sans interpréter de manière trop restrictive les critères d'"urgence" et de "gravité"). Ils ne sont pas tenus d'appliquer les dispositions relatives au revenu garanti dans le cadre de leur système de protection sociale. La fourniture de soins médicaux d'urgence gratuits doit être régie par l'état de santé particulier de l'individu. Les mineurs migrants en situation irrégulière dans un pays ont le droit de recevoir des soins de santé allant au-delà de l'assistance médicale urgente et comprenant des soins primaires et secondaires, ainsi qu'une assistance psychologique.

300. En vertu de l'article 13§4, deux Etats parties ont été déclarés en violation de la Charte au motif que tous les ressortissants étrangers non-résidents dans le besoin qui se trouvent légalement sur le territoire n'ont pas droit à l'aide sociale d'urgence (Croatie et Monténégro).

RESC 13§4 MONTENEGRO

301. Le CEDS a conclu que la situation au Monténégro n'était pas conforme à l'article 13§4 de la Charte au motif que tous les ressortissants étrangers non-résidents se trouvant légalement sur le territoire dans le besoin n'avaient pas droit à l'aide sociale d'urgence.

302. Le CEDS a noté dans le rapport que, conformément à la loi sur les soins de santé, les établissements de santé et les praticiens sont tenus de fournir des soins médicaux d'urgence aux ressortissants étrangers. Cette disposition est impérative et le centre de travail social ne peut pas refuser des soins de santé à une personne qui a besoin d'une intervention médicale urgente. En ce qui concerne l'assistance sociale d'urgence, le rapport indique que la loi sur la protection sociale et la protection de l'enfance stipule que les droits de protection sociale et de protection de l'enfance peuvent être exercés par un ressortissant étranger disposant d'un permis de séjour temporaire ou

d'un permis de séjour permanent dans le pays. Par conséquent, elle ne semble pas s'appliquer aux étrangers non-résidents présents légalement (par exemple, les touristes et les personnes en transit). Le rapport fait également référence à une aide financière non récurrente et à un hébergement temporaire, qui pourraient être considérés comme une aide sociale d'urgence, disponibles pour les demandeurs d'asile et les étrangers bénéficiant d'une protection subsidiaire.

303. Le CEDS a conclu que la situation n'est pas conforme à la Charte, étant donné que tous les ressortissants étrangers non-résidents qui se trouvent légalement sur le territoire dans le besoin ne peuvent pas avoir accès à cette assistance, puisqu'elle n'est disponible que pour les personnes ayant un permis de séjour, les demandeurs d'asile et les étrangers bénéficiant d'une protection subsidiaire.

304. Hormis les dernières conclusions de 2021, le CEDS a constaté la non-conformité à deux autres reprises. En 2013, la non-conformité était motivée par le fait qu'il n'avait pas été établi que les ressortissants étrangers non résidents, qu'ils soient légalement présents ou en situation irrégulière, avaient tous droit à une assistance sociale et médicale d'urgence. En 2015, la non-conformité a été motivée par le fait qu'il n'a pas été établi que tous les ressortissants étrangers non résidents avaient droit à l'aide sociale d'urgence.

305. En 2014, les informations écrites ont été soumises par le gouvernement, mais n'ont pas été discutées par le CA.

306. Le représentant du Monténégro a présenté les informations suivantes :

En ce qui concerne les points 4 et 5, qui se réfèrent à la question de savoir si la fourniture d'une assistance sociale et médicale d'urgence est laissée à la discrétion des centres de travail social, nous notons que la fourniture d'une assistance sociale d'urgence relève de la compétence des centres de travail social, ce qui est déterminé par l'article 74 de la loi sur la protection sociale et la protection de l'enfance. La fourniture de soins médicaux d'urgence ne relève pas de la compétence des centres de travail social, mais de celle des institutions de santé.

En ce qui concerne votre conclusion et l'explication donnée aux points 5 et 6, nous pensons que notre réponse n'a pas été interprétée de manière adéquate, c'est-à-dire que l'article 5 de la loi sur la protection sociale et la protection de l'enfance fait référence à l'assistance sociale d'urgence pour tous les citoyens étrangers non résidents qui se trouvent légalement sur le territoire du Monténégro et qui sont dans un état de besoin social.

Par conséquent, l'article 5 de la loi est libellé comme suit :

"Les droits prévus par cette loi peuvent être exercés par un citoyen monténégrin résidant sur le territoire de l'État.

Les droits en matière de protection sociale et de protection de l'enfance déterminés par cette loi et l'accord international peuvent être exercés par un étranger ayant un permis de séjour temporaire ou permanent dans l'État.

Les droits de protection sociale et de protection de l'enfance déterminés par la présente loi et l'accord international peuvent être exercés par un demandeur d'asile et un étranger sous protection subsidiaire, conformément à la loi.

À titre exceptionnel, une personne qui n'est pas couverte par les paragraphes 1, 2 et 3 du présent article et qui, en raison de circonstances particulières et d'un risque social, nécessite une forme de protection appropriée, a droit à une aide financière ponctuelle et à un logement temporaire. 1, 2 et 3 du présent article, qui, en raison de circonstances particulières et d'un risque social, a besoin d'une forme de protection appropriée, a droit à une aide financière ponctuelle et à un logement temporaire.

"

Cela signifie que la catégorie de personnes mentionnée (qui peut inclure les personnes en transit et les touristes) est couverte par l'article 5, paragraphe 4, de la loi sur la protection sociale et la protection de l'enfance, qui stipule qu'une personne exceptionnelle qui n'est pas couverte par les paragraphes 1, 2 et 3 de cet article et qui, en raison de circonstances particulières et d'un risque social, a besoin d'une forme de protection appropriée, a droit à une aide financière ponctuelle et à un hébergement temporaire. Cela signifie que la disposition susmentionnée s'applique également à

tous les citoyens étrangers non résistants en état de besoin social qui se trouvent légalement sur le territoire du Monténégro.

L'article 5 de la loi stipule que

"Les droits prévus par cette loi peuvent être exercés par un citoyen monténégrin résidant sur le territoire de l'État.

Les droits de protection sociale et infantile déterminés **par cette loi et l'accord international peuvent être exercés par un étranger ayant un permis de séjour temporaire ou permanent dans l'État**. Les droits de la protection sociale et de l'enfance déterminés par la présente loi et l'accord international peuvent être exercés par un demandeur d'asile et un étranger bénéficiant de la protection subsidiaire, conformément à la loi.

À titre exceptionnel, une personne qui n'est pas couverte par les paragraphes 1, 2 et 3 du présent article et qui, en raison de circonstances particulières et d'un risque social, nécessite une forme de protection appropriée, a droit à une aide financière ponctuelle et à un logement temporaire. 1, 2 et 3 du présent article, qui, en raison de circonstances particulières et d'un risque social, a besoin d'une forme de protection appropriée, a droit à une aide financière ponctuelle et à un logement temporaire. "

Cela signifie que la catégorie de personnes mentionnée (qui peut inclure les personnes en transit et les touristes) est couverte par l'article 5, paragraphe 4, de la loi sur la protection sociale et la protection de l'enfance, qui stipule qu'une personne exceptionnelle qui n'est pas couverte par les paragraphes 1, 2 et 3 de cet article et qui, en raison de circonstances particulières et d'un risque social, a besoin d'une forme de protection appropriée, a droit à une aide financière ponctuelle et à un hébergement temporaire. Cela signifie que la disposition susmentionnée s'applique également à tous les citoyens étrangers non résistants en état de besoin social qui se trouvent légalement sur le territoire du Monténégro.

307. Le président conclut que la situation semble conforme et qu'il n'y a qu'un problème de communication entre le gouvernement et le CEDS.

308. Le représentant de la CES demande depuis quand la situation juridique décrite est en vigueur, s'il s'agit d'une situation de longue date parce qu'il s'agit d'un problème de communication insuffisante d'informations. Le représentant du Monténégro répond que c'est le cas depuis 2017, mais qu'il n'y a pas eu de rapport.

309. Le président invite le Monténégro à fournir les informations dans le prochain rapport et à éviter de tirer des conclusions négatives alors qu'il n'y a en fait aucun problème.

ARTICLE 14, PARAGRAPHE 1

310. Le Secrétariat a rappelé que l'article 14§1 est l'une des dispositions pour lesquelles la jurisprudence du CEDS n'est pas très développée au-delà du libellé de l'article. Le CEDS a défini le champ d'application matériel comme incluant les services sociaux sous forme de conseils, d'assistance à domicile, d'hygiène, de livraison de repas, etc. Le droit individuel d'accès doit être garanti à toute personne susceptible d'en avoir besoin. Il peut être organisé selon des critères d'éligibilité ou de tarification, mais pas de manière excessive. En aucun cas, il ne s'applique au revenu mensuel minimum. Il s'agit de conseils et d'assistance. En ce qui concerne le champ d'application personnel, il devrait concerner toutes les personnes confrontées à des besoins sociaux, sans se fonder sur les besoins économiques. Les personnes les plus susceptibles d'être concernées appartiennent à certains groupes : familles, délinquants, personnes âgées, invalides, etc. En ce qui concerne les étrangers, le CEDS s'appuie sur l'annexe de la charte selon laquelle les résidents légaux et les ressortissants d'une autre partie à la charte sont traités sur un pied d'égalité.

311. Le Secrétariat a expliqué que dans l'ensemble, au cours du cycle d'examen 2021, l'accès aux services sociaux par les ressortissants d'autres États parties a été une question problématique. Le problème de l'accès restrictif des étrangers à ces services subsiste en Azerbaïdjan, en République tchèque, en Hongrie, en Lettonie, en Pologne, en Serbie et en Türkiye (la République tchèque, la

Serbie et la Türkiye ont fait l'objet d'une conclusion de non-conformité pour ce motif pour la première fois). Seules les non-conformités de longue durée sont retenues dans ce cas.

RESC 14§1 AZERBAÏDJAN

312. Le CESR a conclu que la situation en Azerbaïdjan n'était pas conforme à l'article 14§1 de la Charte au motif que l'accès aux services sociaux par les ressortissants d'autres États parties était soumis à une condition de durée de résidence excessive de cinq ans et qu'il n'avait pas été établi que la qualité des services sociaux répondait aux exigences de la Charte en ce qui concerne les qualifications et les effectifs du personnel, l'existence d'un mécanisme efficace de contrôle de l'adéquation des services et la prise de décision au niveau le plus proche des usagers.

313. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a précédemment estimé que la situation n'était pas conforme en ce qui concerne l'égalité d'accès aux services sociaux (conclusions 2013 et 2017). En 2021, il a réitéré que l'exigence d'une durée de résidence de cinq ans pour obtenir l'accès aux services sociaux par les ressortissants d'autres États parties était excessive. En ce qui concerne la qualité des services sociaux, le Comité a noté que, depuis 2013, les rapports ne répondaient pas à ses questions et qu'il n'était donc pas en mesure d'établir que la situation était conforme.

314. Cette non-conformité remonte à 2013 en ce qui concerne l'accès aux services sociaux par les ressortissants d'autres États parties. Auparavant, en 2009, le Comité avait reporté sa conclusion, demandant des informations complètes sur cette question. Il s'agit d'une troisième conclusion de non-conformité d'affilée, le CEDS n'ayant observé aucune évolution de la situation. En ce qui concerne la qualité insuffisante des services sociaux, cette non-conformité apparaît pour la première fois, mais ce n'est pas la première fois que le CEDS se préoccupe de cet aspect. Il avait demandé certaines informations clés sur la situation depuis 2013 et, après qu'elles n'aient pas été fournies pour la troisième fois, il a conclu qu'il ne pouvait pas établir que la situation était conforme.

315. Le CA a examiné le suivi des conclusions 2013 et 2017 (en 2014 et 2018, respectivement). Dans les deux cas, il a pris note des informations fournies et a décidé d'attendre la prochaine évaluation du CEDS.

316. Le représentant de l'Azerbaïdjan a présenté les informations suivantes :

➤ Le Comité rappelle que l'article 14.1 garantit le droit de bénéficier de services généraux de protection sociale. Il note qu'aux fins du présent rapport, les États ont été invités à répondre aux questions spécifiques ciblées posées aux États pour cette disposition (questions figurant en annexe de la lettre du 3 juin 2020, par laquelle le Comité a demandé un rapport sur la mise en œuvre de la Charte en ce qui concerne les dispositions relevant du groupe thématique " Santé, sécurité sociale et protection sociale ") ainsi qu'aux précédentes conclusions de non-conformité ou de report.

L'Agence des services sociaux du ministère du travail et de la protection sociale de la population de la République d'Azerbaïdjan fournit des services sociaux à domicile aux personnes âgées seules, aux conjoints âgés et aux personnes handicapées qui ne vivent pas dans la même zone résidentielle que leurs parents valides ou leurs représentants légaux.

- o En 2020, environ 6 000 personnes âgées de plus de 65 ans ont bénéficié de services sociaux pertinents pendant la pandémie de COVID-19. En 2021, 180 personnes ayant bénéficié de services sociaux à domicile étaient âgées de plus de 65 ans et vivaient dans des ménages d'une seule personne.*
- o Des services sociaux hospitaliers ont été fournis à 272 personnes en 2020 et à 245 personnes en 2021 dans l'établissement de services sociaux pour les personnes âgées relevant de l'Agence. Ce service est fourni aux citoyens de la République d'Azerbaïdjan, ainsi qu'aux étrangers et aux apatrides qui ont le droit de résider dans le pays.*

Les priorités nationales pour le développement socio-économique prévoient un système de services sociaux qui répond aux intérêts des groupes vulnérables et crée des opportunités égales de participation, ainsi que des mesures visant à améliorer l'accessibilité des infrastructures de réhabilitation sociale pour les personnes handicapées, y compris celles âgées de moins de 18 ans.

Le projet de "Stratégie nationale pour le développement des services sociaux dans la République d'Azerbaïdjan jusqu'en 2028" a été préparé pour adapter les services sociaux aux exigences modernes constamment mises à jour et pour assurer une protection sociale fiable de la population. Il est guidé par les Objectifs de développement durable des Nations Unies, basés sur le principe de "ne laisser personne de côté" et la priorité d'une "protection sociale élevée et équitable dans une société inclusive".

Par conséquent, elle se concentrera sur les réponses du gouvernement aux questions ciblées, à savoir comment et dans quelle mesure le fonctionnement des services sociaux a été maintenu pendant la crise du COVID-19 et si des mesures spécifiques ont été prises en vue d'éventuelles crises similaires à l'avenir. La commission souhaite souligner qu'elle prendra note des informations fournies en réponse à la question relative au COVID-19 à titre d'information uniquement, dans la mesure où elles concernent

les développements en dehors de la période de référence (c'est-à-dire après le 31 décembre 2019). En d'autres termes, les informations visées dans la section COVID-19 ne seront pas évaluées aux fins de la conformité à la Charte dans le cadre du cycle de déclaration actuel.

Il est important de souligner que les problèmes causés par le COVID-19 ont été pris en charge par des mesures de réponse flexibles et que les unités de services sociaux ont commencé à traiter les demandes en s'adaptant aux changements de circonstances :

- Afin de fournir des services à distance, numériques et mobiles, le centre d'appel a été transféré vers un mode de fonctionnement amélioré, et les citoyens ont été activement servis via le site web électronique (e-social.az) et le site web du ministère.

- Le risque d'infection des employés et des visiteurs des centres "DOST" a été atténué par le passage de 80 % des employés de l'Agence au mode de travail à distance ;

- Il a été décidé d'attribuer une aide sociale ciblée par le biais de systèmes électroniques sans interaction sur place ;

- Pour faire face à l'augmentation significative du nombre d'appels et de courriers électroniques, le centre d'appel 142 a fourni un service en deux équipes et le nombre d'employés du centre d'appel a été augmenté de manière significative ;

- Pour résoudre le problème de l'accès limité aux services sociaux des personnes âgées de plus de 65 ans et des personnes handicapées, la livraison mobile de denrées alimentaires et d'autres services sociaux à domicile a été assurée avec la participation de bénévoles.

Pendant les restrictions de la période de quarantaine spéciale imposée dans le cadre du COVID-19, les centres du DOST ont fourni un total de 38 328 services électroniques à distance aux citoyens.

La mise en œuvre du projet conjoint MLSPP-UNFPA "Construire une société pour tous les âges : promouvoir le bien-être des personnes âgées en Azerbaïdjan par un vieillissement actif" a coïncidé avec le régime de quarantaine introduit lors de la pandémie de COVID-19. Les mesures suivantes ont été prises dans le cadre du projet afin d'accroître les connaissances et les compétences nécessaires aux personnes âgées de plus de 65 ans pour s'adapter aux conditions modernes, partager leur expérience avec la jeune génération et étendre l'égalité pour tous :

1) o Une enquête a été menée sur la participation au projet auprès de 3105 personnes âgées bénéficiant de services dans les centres DOST.

2) o Dans le cadre du programme, les souhaits et les possibilités des participants potentiels ont été étudiés, et leurs besoins en matière de compétences et de formation ont été identifiés et évalués.

3) o Un programme de formation a été élaboré et 24 coordinateurs ont été sélectionnés.

o Reconnaisant la nécessité de mener les formations uniquement en ligne, et prenant en compte la difficulté de connecter ZOOM à domicile pour les personnes âgées de plus de 65 ans, les formations ont été organisées chez eux.

- 1) o Plus de 3 000 formations ont été organisées sur 7 sujets spécifiques pour plus de 1 000 participants âgés.
- 2) o Les conférences ont été téléchargées sur YouTube et visionnées par 19 000 visiteurs.
- 3) o Des certificats électroniques ont été décernés à 1054 participants âgés de 17 à 35 ans.

Les spécialistes de l'Agence des services sociaux ont participé à une formation internationale sur le thème "Accroître la capacité des travailleurs sociaux à identifier et à réhabiliter socialement les enfants victimes de violences pendant la pandémie de COVID-19". Les cours de formation ont joué un rôle important dans l'amélioration des compétences des travailleurs sociaux à travailler avec des populations vulnérables dans des situations de crise.

Dans le cadre du "Plan d'action conjoint sur la protection sociale et la protection des enfants" du ministère du Travail et de la Protection sociale de la population de la République d'Azerbaïdjan et de l'UNICEF Azerbaïdjan pour 2021-2022, le plan d'action conjoint pour le développement d'un mécanisme d'amélioration de la protection sociale des familles à faible revenu et d'autres classes vulnérables dans des situations de crise (telles que la crise économique, la pandémie, les inondations et autres) a commencé à être mis en œuvre.

➤ **Le Comité a précédemment conclu que la situation n'était pas conforme à la Charte au motif que l'accès aux services sociaux par les ressortissants d'autres États parties était soumis à une condition de durée de résidence excessive (cinq ans). Le rapport indique que les dispositions pertinentes à cet égard n'ont pas changé et, par conséquent, le Comité réitère sa conclusion de non-conformité.**

Selon le code des migrations de la République d'Azerbaïdjan, les étrangers et les apatrides résidant temporairement sur le territoire de la République d'Azerbaïdjan depuis deux ans sans interruption peuvent demander un permis de séjour permanent. Par conséquent, la période de 5 ans mentionnée dans la conclusion n'a pas de fondement. En même temps, l'article 3 de la loi de la République d'Azerbaïdjan sur les services sociaux stipule que la loi " s'applique aux non-citoyens " ainsi qu'aux étrangers résidant de manière permanente dans notre pays et qui ont besoin de services sociaux. Afin de fournir un mécanisme de mise en œuvre pour la fourniture de services sociaux, l'Agence DOST a été créée par le décret du Président de la République d'Azerbaïdjan. Les services de l'Agence ont été établis conformément aux principes d'"universalité", de "transparence", de "réactivité" et de "durabilité". L'accès aux services est également accordé aux apatrides.

Les questions de protection des droits sociaux et du travail des migrants sont toujours au centre de l'attention. La législation actuelle prévoit que les travailleurs migrants ont les mêmes droits sociaux et professionnels que les citoyens de la République d'Azerbaïdjan, n'impose aucune restriction à leur réunion avec les membres de leur famille, crée des opportunités d'éducation, embauche des étrangers mariés à des citoyens d'Azerbaïdjan sans avoir besoin d'un permis de travail, etc.

Selon la législation, toute forme de discrimination à l'égard des migrants est explicitement interdite et leurs droits sociaux et culturels sont reconnus. Conformément à l'article 3 de la loi sur les services sociaux, celle-ci s'applique aux citoyens azerbaïdjanais ayant besoin de services sociaux, aux citoyens étrangers résidant de manière permanente en Azerbaïdjan et aux apatrides.

➤ **Le Comité rappelle que les services sociaux doivent disposer de ressources correspondant à leurs responsabilités et à l'évolution des besoins des usagers. Cela implique que :**

- Le personnel doit être qualifié et en nombre suffisant ;
- **la prise de décision doit être aussi proche que possible des utilisateurs ;**
- **des mécanismes de contrôle de l'adéquation des services, tant publics que privés, doivent être mis en place.**

Plus de 800 employés travaillant dans les centres du DOST et le centre d'appel sont des spécialistes diplômés en "travail social", "psychologie", "jurisprudence" et autres spécialités. Les employés et les bénévoles reçoivent une formation professionnelle basée sur un plan de développement individuel.

Afin de garantir la disponibilité des services pour les personnes souffrant de déficiences auditives, des spécialistes de la "langue des signes" ont été employés. Dans le même temps, plus de 2 600 bénévoles ont été impliqués dans le processus de prestation de services conformément au programme de bénévolat "Amis", chargés d'accueillir les visiteurs, de les enregistrer, de les orienter vers les services de soutien, de remplir les formulaires nécessaires, de procéder à des examens et de fournir des informations complémentaires dans les centres.

La méthodologie de l'indice DOST a également été développée et mise en œuvre par l'Agence DOST afin de mesurer, d'évaluer et de prendre des mesures immédiates et appropriées sur la qualité des services fournis dans les centres DOST et le niveau de satisfaction des utilisateurs à l'égard des services.

L'indice DOST est un outil complet qui recueille des données provenant de diverses sources, utilise des méthodes analytiques éprouvées et évalue et compare l'efficacité des services sociaux fournis. L'indice DOST, qui est un système de notation, est un modèle conçu pour analyser la performance des back-offices au niveau macro et des centres DOST au niveau micro.

En 2021, 121 contrats sociaux ont été signés avec 45 organisations publiques et des organisations publiques pour la réhabilitation sociale des personnes handicapées, des enfants ayant besoin de soins spéciaux et d'autres segments vulnérables de la population.

Sur la base de l'ordre social, des centres sociaux particuliers ont été créés dans 62 villes et districts pour assurer la réadaptation sociale de 6 200 enfants handicapés. Des garderies ont été créées pour 720 enfants dans 24 villes et districts. 160 enfants de 3 villes et districts ont bénéficié de services de réadaptation au "Centre de travail avec les enfants négligés et socialement vulnérables".

En outre, dans le cadre du projet "Organisation d'un centre de réinsertion sociale pour les victimes de la traite des êtres humains", 436 personnes ont bénéficié de services appropriés.

Afin de garantir la disponibilité des services DOST pour la population et d'assurer un niveau élevé de satisfaction, plusieurs projets ont été mis en œuvre. Les projets "Virtual DOST" et "Smart DOST" ont été lancés pour permettre l'électronisation et l'accès à distance aux services. Ces projets devraient être pleinement opérationnels d'ici la fin de l'année 2022. Dans les centres DOST, le temps d'attente moyen des citoyens pour les services a été réduit à 3 minutes, dans le centre d'appel 142 - à 30 secondes, et le temps de service - à 7 et 3 minutes, respectivement. Le niveau de satisfaction des citoyens à l'égard du service fourni a été porté à 98,2 %.

➤ Dans ses conclusions précédentes (conclusions 2013 et 2017), le Comité a demandé des informations sur ces trois éléments. Il a également demandé au prochain rapport de fournir des informations sur la qualification du personnel des services sociaux et le ratio personnel/usagers, ainsi que sur la supervision des services sociaux fournis par des prestataires privés. Le Comité note que le rapport ne répond pas à ses questions, notamment en ce qui concerne la qualification du personnel des services sociaux, le ratio personnel/usagers et la supervision des services sociaux fournis par des prestataires privés. Il réitère ses questions et considère qu'il n'a pas été établi que la qualité des services sociaux répond aux exigences de la Charte en ce qui concerne les qualifications et les effectifs du personnel, le mécanisme de contrôle de l'adéquation des services et le processus de prise de décision proche de l'utilisateur.

Par ailleurs, 738 travailleurs sociaux et 27 agents sociaux fournissent actuellement des services sociaux à 4806 citoyens de l'Agence des services sociaux :

✓ 3782 femmes

✓ 1024 hommes

✓ 4228 personnes âgées

578 personnes âgées de moins de 70 ans

✓ et 796 personnes handicapées

En outre, les travailleurs sociaux du DOST (63 personnes) ont fourni des services à un total de 834 personnes au cours de l'année écoulée, dont 695 femmes et 139 hommes, et le nombre de bénéficiaires actifs des services était de 686 personnes.

Au total, 1 239 employés de l'Agence des services sociaux ont participé à diverses formations. Celles-ci portent sur un certain nombre de domaines variés tels que -

- 1) o les soins psychosociaux primaires
- 2) o formation en ligne au travail social
- 3) o des informations générales sur la psychiatrie
- 4) o formation au modèle de famille d'accueil
- 5) o la lutte contre la traite des êtres humains
- 6) o la réintégration des enfants des institutions dans les familles
- 7) o le rapatriement

Pendant la période du régime spécial de quarantaine, le ministère et ses institutions subordonnées ont élargi les possibilités pour les citoyens de demander des services à distance. Des lignes électroniques et téléphoniques supplémentaires ont été attribuées, les demandes ont été reçues et examinées par téléphone et par courrier électronique, des mesures appropriées ont été prises pour résoudre les problèmes des personnes en quarantaine qui n'étaient pas en mesure de quitter leur domicile.

➤ **En réponse aux questions ciblées du Comité, le rapport indique que pendant l'épidémie de COVID-19, des services sociaux ont été fournis en tenant compte des mesures nécessaires. Les mesures nécessaires ont été prises pour limiter la propagation de la pandémie et pour protéger les personnes vulnérables. En outre, de nouveaux services, tels que l'approvisionnement en nourriture, le soutien psychologique et les réunions en ligne, ont été mis en place. Le rapport ne fournit pas d'informations sur les mesures spécifiques prises en vue d'éventuelles futures crises de ce type.**

Le versement de l'aide sociale ciblée de l'État aux familles dont la période d'éligibilité à la TSA a expiré le 1er mars 2020 a été prolongé jusqu'au 1er juillet 2020 pendant un régime de quarantaine spécial sur le territoire de la République d'Azerbaïdjan.

En outre, pendant le régime de quarantaine, la durée du certificat d'invalidité des personnes handicapées, qui expirait le 1er mars 2020, a été prolongée jusqu'au 1er juillet 2020, et dans les zones (villes) où le régime spécial de quarantaine était en vigueur pour une période plus longue, elle a été prolongée jusqu'au 1er septembre 2020.

En 2020, 57 organisations non gouvernementales ont mis en œuvre 132 projets de services sociaux pour la réadaptation sociale des personnes et des enfants handicapés, des enfants ayant besoin de soins spéciaux, des personnes à faible revenu et d'autres groupes vulnérables.

Au total, avec le soutien des partenaires sociaux, une aide alimentaire a été organisée à trois reprises pour 100 000 familles avec des enfants de moins de 18 ans ayant perdu le soutien de famille, des personnes âgées isolées et des personnes handicapées, ainsi que d'autres citoyens appartenant à des groupes à faibles revenus. 100 voitures et chauffeurs ont été mis à la disposition des travailleurs sociaux et des bénévoles, afin qu'ils puissent se rendre rapidement et confortablement aux adresses où ils ont été appelés et fournir une assistance rapide.

L'association publique "Regional Development" de la fondation Heydar Aliyev a également fourni des colis alimentaires aux groupes vulnérables de la population dans tous les districts et toutes les villes du pays. L'association a également fourni une aide alimentaire aux familles de 30 000 enfants handicapés de moins de 18 ans.

Pendant la pandémie, une formation en ligne a été organisée avec des experts finlandais et irlandais sur l'accès aux services sociaux pour les personnes appartenant à des groupes vulnérables.

Afin d'organiser efficacement la fourniture de services sociaux aux personnes âgées seules et aux citoyens handicapés de plus de 65 ans pendant le régime spécial de quarantaine déclaré dans le pays dans le cadre de la lutte contre la pandémie de coronavirus, le décret "sur le renforcement de la protection sociale des travailleurs impliqués dans la fourniture de services sociaux pendant le régime spécial de quarantaine" a été adopté.

Selon le décret, une indemnité temporaire d'un montant de 1 (un) mois de salaire officiel (tarifaire) a été ajoutée aux salaires des employés impliqués dans la fourniture de services sociaux dans le domaine de la lutte contre la pandémie de coronavirus pendant la période d'un régime spécial de quarantaine.

L'ordonnance concerne un total de 2 000 travailleurs sociaux, dont 1 400 personnes travaillant dans les bureaux régionaux de l'Agence des services sociaux et 600 personnes travaillant dans des institutions de services sociaux.

Le DOST a déjà reçu plusieurs reconnaissances et récompenses internationales, telles que les certificats de mérite du concours ISSA "Best Practice Award for Europe - 2022", le diplôme honorifique de l'Association internationale des fonds de pension et des fonds sociaux et le prix ESN European Social Services Awards 2021 dans la catégorie "Technology" Tool.

Plusieurs projets liés à l'électronisation des services du DOST et à la fourniture d'un accès à distance sont actuellement en cours, ce qui devrait être considéré comme une préparation à d'éventuelles pandémies ou autres situations d'urgence :

- 1. Electronisation et activation des services de DOST ;*
- 2. Développement de la gestion électronique des documents,*
- 3. Création d'une plateforme dédiée et de capacités logicielles pour le déploiement à distance des services du DOST*

- Plate-forme virtuelle de DOST

- Points de service SMART DOST

- Application mobile DOST

- Activités quotidiennes telles que l'optimisation de la disponibilité à distance des services sur le site officiel du DOST et par le biais de sous-sites dédiés.

317. Le président remercie l'Azerbaïdjan et fait remarquer que si les informations avaient été soumises au CEDS à temps, la conclusion n'aurait peut-être pas été négative. M. Kristensen, chef adjoint du département des droits sociaux, prend la parole, remercie pour les informations et exprime son désaccord en déclarant que toutes les personnes devraient être éligibles sans la condition des deux ans, de sorte que la conclusion du CEDS aurait été la même.

318. Le président propose au CA d'attendre la prochaine évaluation du CEDS en ce qui concerne le deuxième motif de non-conformité. La CES a souligné le fait que le CEDS soulève déjà des questions depuis 2013 et qu'il devrait demander une éventuelle recommandation qui expliquerait que les informations doivent être fournies au CEDS sous la forme d'un rapport en temps voulu.

319. M. Kristensen a indiqué que, pour le premier motif, il n'appliquerait pas les méthodes de travail puisque le CEDS a commis une erreur et que, même si cela ne changeait rien au résultat, l'affaire devait être renvoyée au CEDS pour qu'il explique sa position sur la période d'attente.

320. La discussion sur l'Azerbaïdjan s'est poursuivie plus tard, sur la base des informations fournies par le représentant après consultation des ministères compétents, comme l'avait demandé le CA. Le représentant de l'Azerbaïdjan a répondu aux questions concernant l'éligibilité au permis, le délai nécessaire pour le recevoir et la raison pour laquelle ce délai était de deux ans. Sur la base des informations fournies, la CES a conclu que l'Azerbaïdjan ne fournit aucune information sur l'accès des personnes ayant moins de deux ans de résidence, car s'il n'y a pas d'accès du tout, il s'agit d'un problème grave.

321. Le vote est ouvert et les résultats sont les suivants : 11 pour, 2 contre, 22 abstentions, ce qui signifie que la recommandation n'a pas été adoptée.

322. Le président a conclu que le CA invite l'Azerbaïdjan à faire le nécessaire pour se conformer aux exigences de la Charte. Il a également conclu que les méthodes de travail devront être modifiées en ce qui concerne les abstentions qui bloquent les décisions.

RESC 14§1 HONGRIE

323. Le CEDS a conclu que la situation en Hongrie n'était pas conforme à l'article 14§1 de la Charte au motif que l'égalité d'accès aux services sociaux n'est pas garantie aux ressortissants de tous les États parties résidant légalement sur le territoire hongrois.

324. Le CEDS a noté dans le rapport qu'en vertu de la loi sur l'administration sociale, les services sociaux étaient étendus aux citoyens hongrois, aux immigrants et aux colons, aux apatrides et aux personnes reconnues comme réfugiés. Le rapport explique que les personnes soumises aux règles de libre circulation, c'est-à-dire les ressortissants de l'UE/EEE, sont éligibles aux prestations et services sociaux s'ils ont un lieu de résidence enregistré et exercent leur droit de résidence depuis plus de trois mois. En outre, les personnes bénéficiant d'un statut spécial, telles que les réfugiés et les apatrides, ont droit aux prestations et services sociaux sans tenir compte de la durée de résidence.

325. Ayant pris note de ce qui précède, le CEDS a observé que la situation n'avait pas évolué depuis sa précédente conclusion sur la non-conformité, c'est-à-dire que les ressortissants d'autres États parties (non membres de l'UE/EEE) qui résidaient légalement, mais ne disposaient pas d'un permis de séjour permanent, n'avaient droit aux services sociaux au sens de l'article 14 que dans une mesure limitée et uniquement dans des situations d'urgence où la vie et l'intégrité physique des personnes étaient en jeu. Rappelant que les ressortissants en séjour régulier de tous les États parties doivent être traités sur un pied d'égalité avec les nationaux, le CEDS a conclu que la situation n'était toujours pas conforme à l'article 14§1 de la Charte.

326. Cette non-conformité remonte à 2013 pour le même motif. Auparavant, en 2009, la commission avait reporté sa conclusion en demandant des informations complètes sur cette question. Il s'agit d'une quatrième conclusion de non-conformité d'affilée (2013, 2015, 2017, 2021), alors que les mêmes informations sont fournies à plusieurs reprises et que la même conclusion est réitérée.

327. Le CA a examiné la situation en 2018, il a pris note des informations fournies et a décidé d'attendre la prochaine évaluation du CEDS. En 2014 (dans le cadre du suivi des conclusions de 2013), des informations ont été fournies par écrit mais aucune décision n'a été prise. Ce sont ces informations qui ont été examinées ultérieurement par le CEDS.

328. Le représentant de la Hongrie a fourni les informations suivantes avant la réunion :

Paragraphe 1 - Promotion ou fourniture de services sociaux

Dans le cadre de l'examen du rapport national de la Hongrie sur la mise en œuvre de la Charte sociale européenne révisée (17th), le CEDS a constaté que la Hongrie ne s'était pas conformée à l'article 14, paragraphe 1, de la Charte, dans la mesure où

- ***les citoyens des pays ayant ratifié la Charte qui résident légalement en Hongrie n'ont pas droit aux mêmes services et prestations sociales que les citoyens hongrois.***

Position de la Hongrie sur le statut des citoyens des États parties résidant légalement en Hongrie :

La loi III de 1993 sur l'administration sociale et les services sociaux (ci-après : loi III de 1993), qui détermine les services sociaux fournissant des soins personnels, couvre les citoyens hongrois vivant en Hongrie, les immigrants, les personnes ayant un statut de résident permanent, les apatrides, les personnes reconnues par les autorités hongroises comme réfugiés ou bénéficiant d'un statut de protection subsidiaire, ainsi que les citoyens de l'Union européenne. Conformément à l'article 3, paragraphe 2, de la loi III de 1993, les citoyens des pays ayant ratifié la Charte qui résident légalement en Hongrie n'ont droit qu'à une aide extraordinaire à l'installation, aux repas et à l'hébergement fournis par les municipalités locales pour les personnes en situation de crise.

Toutefois, conformément à la position du CEDS, le gouvernement hongrois entend examiner la possibilité de modifier la législation requise pour se conformer à l'article 14, paragraphe 1, afin d'étendre l'ensemble des services sociaux aux citoyens des États parties qui remplissent les conditions de résidence légale en Hongrie.

Prise en charge sociale des personnes déplacées d'Ukraine :

En outre, nous pouvons faire état de mesures significatives dans le domaine du logement et de l'aide sociale pour les Ukrainiens qui ont été contraints de quitter leur domicile dans le cadre de la guerre russo-ukrainienne.

Conformément au décret gouvernemental no. 86/2022. (7 mars) sur les règles d'urgence concernant les personnes reconnues comme ayant droit à la protection temporaire, ainsi que sur l'application différente des règles de la loi CVI de 2011 sur l'emploi public et les amendements à d'autres lois relatives à l'emploi public, les personnes suivantes sont devenues automatiquement admissibles au statut de protection temporaire :

- Les citoyens ukrainiens qui restent en Ukraine jusqu'au 24 février 2022,
- un apatride ou un ressortissant d'un pays tiers non ukrainien qui bénéficie d'une protection internationale ou d'une protection nationale équivalente en Ukraine avant le 24 février 2022, et
- les membres de la famille des personnes susmentionnées (conjoint ou partenaire, enfants et autres parents proches qui vivaient avec les personnes susmentionnées et qui étaient entièrement ou largement pris en charge par la personne ayant droit à la protection temporaire).

Les personnes fuyant l'Ukraine et bénéficiant d'un statut de protection temporaire ont droit aux soins de santé, à l'éducation publique et aux services de l'emploi au même titre que les citoyens hongrois. Ces droits et services couvrent en particulier

- le droit à un document prouvant son identité, son droit de résidence en Hongrie et son droit aux soins, à l'assistance, au logement et au travail (tel que défini dans d'autres législations) ;
- d'entreprendre un travail en Hongrie sans permis, y compris un emploi temporaire ;
- de vivre dans un centre d'accueil géré par l'autorité hongroise chargée de l'asile et de recevoir des soins pendant la période de protection ;
- les droits aux soins de santé de base, aux soins oncologiques spécialisés, à l'examen et au traitement médical dans le cadre de la prise en charge d'autres patients chroniques et le droit aux médicaments et dispositifs médicaux subventionnés [conformément à l'article 6, paragraphe (2), du décret gouvernemental n° 86/2022]. 86/2022. (7 mars)]
- le droit à la crèche, à l'école maternelle, à l'hébergement en dortoir et à l'enseignement public dans les mêmes conditions que les citoyens hongrois, ainsi que le droit à la bourse d'inscription à l'école et à la réussite à l'examen de fin d'études [conformément au décret gouvernemental n° 106/2022 (12 mars)].
- de participer à certains programmes d'enseignement supérieur organisés spécifiquement pour les personnes originaires d'Ukraine ;
- le remboursement des frais de traduction de leurs documents ;
- le soutien au départ définitif de la Hongrie ;
- le droit à l'aide à la subsistance régulière (voir ci-dessous).

Selon le décret gouvernemental no. 171/2022. (29 mai) sur les questions de gestion des données concernant les soins de santé liés à la crise en Ukraine, les Ukrainiens ont droit aux services de santé sans numéro de service social valide, s'ils prouvent leur statut de protection temporaire. Selon le décret gouvernemental no. 106/2022 (12 mars) sur la modification du décret gouvernemental no. 301/2007 (9 septembre) sur certaines règles concernant l'emploi et les avantages des personnes reconnues comme ayant droit à la protection temporaire et sur la mise en œuvre de la loi LXXX de 2007 sur le droit d'asile en raison de la catastrophe humanitaire dans un pays voisin pendant l'état d'urgence, les personnes d'Ukraine ayant le statut de protection

temporaire ont droit à la restauration gratuite des enfants en institution et pendant les vacances sans vérifier les conditions d'éligibilité, pour les 6 prochains mois à compter de la soumission de la demande.

Les personnes bénéficiant d'un statut de protection temporaire n'étant pas couvertes par le champ d'application de la loi III de 1993, le gouvernement hongrois a mis en place un système indépendant d'aide sociale pour les personnes déplacées en provenance d'Ukraine. Ce système comprend des prestations monétaires et des prestations en nature.

Soutien régulier à la subsistance :

Une partie de l'aide sociale fournie aux personnes déplacées d'Ukraine est une prestation monétaire appelée "aide à la subsistance régulière". Selon le décret gouvernemental no. 106/2022 (12 mars), les personnes fuyant l'Ukraine qui :

- demander le statut de protection subsidiaire,*
- sont couverts par le statut de protection subsidiaire, ou*
- sont des ressortissants hongrois qui vivaient en Ukraine*
ont droit à une aide régulière à la subsistance.

La condition pour bénéficier de l'aide à la subsistance régulière est de demander le statut de protection temporaire. Les personnes déplacées d'Ukraine qui ont obtenu le statut de protection temporaire auront automatiquement droit à l'aide.

Le montant de l'aide régulière à la subsistance est égal au montant de

- l'aide au remplacement de l'emploi (22 800 HUF/mois), pour les adultes ; et*
- l'allocation familiale (13 700 HUF/mois), en cas d'enfants [article 5, paragraphe (2) du décret gouvernemental n° 171/2022 (en date du 29 mai)].*

Si l'ayant droit n'accepte pas l'emploi approprié que lui propose l'autorité hongroise chargée de l'emploi, l'autorité chargée de l'asile cesse le versement de l'allocation. L'aide régulière à la subsistance ne sera pas versée pour le mois au cours duquel l'ayant droit :

- exerce une activité dans le cadre d'une relation de travail publique ou d'une relation de travail avec un employeur hongrois ;*
- reçoit une pension de vieillesse du système de retraite hongrois ;*
- reçoit une pension de vieillesse de l'étranger.*

Pour le versement de l'allocation, la personne bénéficiant du statut de protection temporaire qui a atteint l'âge de 6 ans doit se présenter devant le bureau compétent de l'autorité chargée de l'asile en fonction de son lieu d'hébergement. Dans le cas d'une personne qui a atteint l'âge de 6 ans mais n'a pas atteint l'âge de 18 ans, son représentant légal peut remplir l'obligation de comparaître à sa place. Si l'obligation de comparaître n'est pas remplie ou si l'ayant droit ne prend pas en charge le montant, la prestation ne sera pas versée ultérieurement pour le mois en question.

Hébergement des réfugiés ukrainiens :

L'aide sociale en nature est réalisée dans le cadre du logement des personnes déplacées d'Ukraine. Conformément au décret gouvernemental n° 104/2022 (12 mars) sur l'aide à l'hébergement des personnes arrivant en raison d'une catastrophe humanitaire dans un pays voisin pendant l'état de danger, et sur d'autres mesures connexes, le Comité de protection de la capitale de Budapest - l'autorité locale de coordination des tâches découlant de la situation de guerre - a conclu un contrat avec la Direction générale de la protection sociale et de l'enfance (ci-après : SZGYF). Conformément à ce contrat, le SZGYF, en tant que responsable de la protection de l'enfance et des institutions sociales, a mis ses biens à la disposition du Comité de protection pour le placement des personnes déplacées. Les personnes déplacées d'Ukraine sont accueillies dans la capitale, dans la ville de Fót et dans le comté de Szabolcs-Szatmár-Bereg.

Conformément au décret gouvernemental n° 104/2022 (en date du 12 mars), les institutions ont conclu un accord avec le Comité de protection de la capitale de Budapest pour fournir un hébergement et trois repas par jour aux personnes déplacées. Les institutions se sont efforcées de créer une atmosphère de soutien et de sécurité où les personnes admises peuvent sentir que leur présence n'est pas un fardeau. Les personnes admises peuvent s'adresser aux institutions en toute confiance pour la gestion de leurs affaires sociales, et celles-ci s'efforcent de leur fournir une assistance. Dans le cadre des soins, outre l'hébergement, les institutions fournissent également trois repas par jour, un service de soins de santé et une assistance administrative si nécessaire. En outre, elles sont également impliquées dans la réception, le stockage et la distribution des dons.

Jusqu'à présent, les institutions ont accueilli 534 réfugiés d'Ukraine, dont 268 enfants et 266 adultes. Parmi les réfugiés, 20 étaient des personnes handicapées. Les personnes handicapées sont prises en charge en fonction de leurs besoins et de leurs droits spécifiques, et ont accès aux services de santé nécessaires. Les personnes qui doivent demander le statut de protection temporaire sont transportées à Nyíregyháza et à Debrecen pour faciliter les démarches administratives. Les institutions aident également les réfugiés à poursuivre leur voyage.

Pendant la période de guerre, les institutions ont établi d'excellentes relations avec le groupe de réfugiés de l'ONU, les représentants du Comité d'Helsinki, qui visitent encore les institutions chaque semaine et ont exprimé leur satisfaction quant à l'accomplissement de cette tâche".

329. Le représentant hongrois a confirmé qu'à la suite de la conclusion du CEDS, la Hongrie examine la manière d'inclure les services de protection sociale pour qu'ils soient accessibles aux ressortissants des États parties.

330. Le représentant de la CES a remarqué que des changements sont envisagés, mais il trouve le texte de la soumission vague en ce qui concerne l'examen de la possibilité de fournir les services aux ressortissants des États parties. Le représentant hongrois confirme que le gouvernement s'efforce réellement de résoudre cette question complexe. Le représentant de la CES espère obtenir des informations sur des propositions concrètes et demande si la recommandation telle qu'elle est formulée actuellement serait acceptable. Le représentant hongrois a déclaré que le texte de la recommandation était acceptable.

331. La recommandation a été adoptée à l'unanimité.

RESC 14§1 LETTONIE

332. Le CEDS a conclu que la situation en Lettonie n'était pas conforme à l'article 14§1 de la Charte au motif que l'accès aux services sociaux par les ressortissants d'autres États parties est soumis à une condition de durée de résidence excessive et qu'il n'a pas été établi que les frais de services sociaux n'étaient pas élevés au point d'empêcher l'accès effectif à ces services.

333. Le CEDS note qu'en 2017, l'article 3 de la loi sur les services sociaux et l'assistance sociale a été modifié, spécifiant plus précisément la procédure de demande des services sociaux visés par la loi et pour chacun des groupes de personnes résidant légalement en Lettonie. Mais surtout, l'exigence de résidence permanente est toujours en vigueur, ce qui implique une durée de résidence de cinq ans. C'est cette durée excessive de résidence, après laquelle le ressortissant peut bénéficier de l'accès aux services sociaux sur un pied d'égalité avec les nationaux, qui n'est pas conforme à la Charte. En conséquence, le CEDS a renouvelé sa conclusion à cet égard.

334. Dans les conclusions précédentes (conclusions 2016 et conclusions 2013), le CEDS a également demandé des informations sur les frais demandés pour divers services sociaux. Une fois de plus, le rapport n'a pas fourni d'informations à ce sujet. Le CEDS a estimé qu'il n'avait pas été

établi que les frais pour les services sociaux n'étaient pas élevés au point d'empêcher l'accès effectif à ces services.

335. En ce qui concerne le premier motif de non-conformité, l'accès aux services sociaux par les ressortissants d'autres États parties, il remonte à 2006. Il s'agit d'une cinquième non-conformité pour ce motif (conclusions 2021, 2017, 2013, 2009 et 2006). Le motif était la durée excessive de l'obligation de résidence.

336. Le deuxième motif, les frais excessifs pour les services sociaux, apparaît pour la première fois, après l'absence d'informations sur ce point depuis 2013. La CG a examiné le suivi des conclusions 2009, 2013 et 2017 (en 2010, 2014 et 2018, respectivement). En 2010, il a exhorté le gouvernement à prendre toutes les mesures nécessaires pour rendre la situation conforme à la Charte et a décidé d'attendre la prochaine évaluation du CEDS. En 2014 et 2018, il a pris note des informations fournies et a décidé d'attendre la prochaine évaluation du CEDS.

337. Le représentant de la Lettonie a fourni les informations suivantes :

"Pour clarifier la question, il convient de noter que la législation lettone ne fixe pas d'exigence spécifique en matière de durée de résidence pour l'accès aux services sociaux. Certaines collectivités locales ont fixé une condition de résidence préalable - un an en moyenne, avec quelques exceptions où une période plus longue est requise. Cela aide les autorités locales à distinguer les résidents d'un territoire particulier.

Toutefois, les avantages liés à la crise peuvent être obtenus plus tôt. Pendant la pandémie de COVID - 19, même les ressortissants étrangers séjournant en Lettonie pour de courtes périodes ont parfois dû rester en Lettonie et, dans certains cas, sans moyens de subsistance. Ils pouvaient s'adresser au gouvernement local et recevoir des prestations de crise en rapport avec les circonstances de la pandémie de COVID - 19.

Les ressortissants de pays tiers - demandeurs d'asile dont la demande est en cours de traitement (3 à 6 mois), s'ils n'ont pas de moyens de subsistance, sont hébergés dans le centre de type ouvert "Mucenieki", où ils bénéficient d'un abri, d'une restauration, de services de travailleurs sociaux, ainsi que de la possibilité d'apprendre la langue lettone. Les enfants ont la possibilité d'étudier dans des écoles d'enseignement général.

Après avoir obtenu le statut de réfugié, une personne reçoit des prestations de l'État pendant une certaine période (10 et 7 mois sur une période de 12 mois). Les réfugiés peuvent s'adresser aux services sociaux des collectivités locales pour obtenir des prestations et/ou des services sociaux conformément aux dispositions de la loi sur les services sociaux et l'assistance sociale.

Une personne ayant acquis un statut alternatif a la possibilité de bénéficier de prestations d'assistance sociale de base, d'un abri de nuit et de services d'hébergement, ainsi que de services d'aide sociale et de réadaptation sociale pour les enfants.

Le 1er avril 2022, des amendements à l'article 3 (ajout des paragraphes 7 et 8) de la loi sur les services sociaux et l'assistance sociale sont entrés en vigueur, qui prévoient d'élargir le groupe cible des bénéficiaires des services sociaux. Les amendements stipulent notamment que les enfants qui ont été reconnus comme demandeurs d'asile ayant des besoins particuliers en matière d'accueil ou comme personnes moins protégées dans le cadre de la procédure d'éloignement par les institutions impliquées dans la procédure concernée ont le droit de bénéficier de la réadaptation sociale des enfants qui ont subi des violences. Les amendements stipulent également que les personnes ayant subi des violences et résidant en République de Lettonie avec un permis de séjour temporaire, ainsi que les ressortissants de pays tiers ou les apatrides qui n'ont pas de base légale pour résider en République de Lettonie et qui sont détenus (jusqu'au moment de leur éloignement ou de leur départ) et auxquels un moyen alternatif de détention a été appliqué, ou les étrangers pour lesquels la décision de retour a été suspendue ou pour lesquels un délai de départ volontaire a été fixé, ont le droit de bénéficier d'une réadaptation sociale financée par le budget central de l'État en tant que personnes adultes ayant subi des violences.

En outre, les mineurs non accompagnés sont hébergés dans une institution de garde d'enfants. Les dépenses sont remboursées par le budget de l'État. Les enfants qui ont acquis un statut alternatif ont le droit de bénéficier de services de protection sociale et des services de réadaptation sociale

nécessaires spécifiés à l'article 13, paragraphe 1, de la loi sur les services sociaux et l'assistance sociale, par exemple, la réadaptation sociale pour les enfants qui sont devenus dépendants de drogues, de substances toxiques ou d'autres substances intoxicantes ou de processus de dépendance.

D'autres services sociaux destinés aux particuliers sont disponibles moyennant paiement, comme c'est le cas pour les ressortissants lettons. Les personnes qui ont obtenu le statut d'indigent ne doivent pas payer pour les services sociaux qu'elles reçoivent.

Le ministère des affaires sociales n'a reçu aucun signal des administrations locales ou régionales indiquant la nécessité de modifier le champ d'application personnel de la loi sur les services sociaux et l'assistance sociale. Un tel besoin n'a pas été signalé par les institutions, y compris celles responsables du statut des étrangers en Lettonie.

Coûts des services sociaux pour la fourniture de services par personne en moyenne par an en 2020

Type de service social/groupe de bénéficiaires de services sociaux	En moyenne pour 1 client par an en EUR
Soins à domicile	984.81
Crèches TOTAL	387.09
les personnes souffrant de maladies mentales	
handicapés physiques	
retraités	
autres	
Centres de crise	1586.92
Centres d'hébergement, centres d'accueil de nuit	660.59
Appartement de service	288.27
Maison de groupe (gouvernement local)	4651.4

Coût moyen des services de soins sociaux et de réadaptation de longue durée par personne et par mois en 2020 :

- 1. Organismes sous contrat avec l'État - 818,46 EUR ;*
- 2. Collectivités locales, etc., organisations de prise en charge à long terme des enfants - 1472,99 EUR ;*
- 3. Organisations de collectivités locales, etc. pour les établissements de soins de longue durée pour adultes - 683,95 EUR.*

En ce qui concerne les services sociaux fournis par les services sociaux des collectivités locales :

- 1. Le service de travail social est gratuit ;*
- 2. Dans le cadre de la prestation d'autres services sociaux, le revenu du ménage est évalué (examen des ressources) ; les services destinés aux personnes nécessiteuses et/ou à faible revenu sont principalement gratuits, tandis que pour les autres, ils dépendent du revenu et de l'approche de l'administration locale concernée. Il n'existe pas de statistiques exactes à ce sujet.*

338. A la fin, le représentant de la Lettonie a ajouté que la question devait être adressée par le Bureau au CEDS et a demandé au Secrétariat de s'expliquer.

339. Le président demande quel est le nombre moyen d'habitants requis et s'il existe des services sociaux payants comme pour les ressortissants lettons. Le représentant letton a répondu que chaque personne résidant en Lettonie y avait accès. Le président a conclu qu'il y avait un

malentendu concernant le champ d'application, car les informations fournies relèvent de l'article 13 et non de l'article 14, et que les réponses devraient donc être ciblées.

340. Le représentant de la CES exprime sa confusion quant à l'interprétation du CEDS et aux informations fournies concernant la condition de résidence de cinq ans, car la condition de résidence n'est que d'un an. Il demande au Secrétariat de clarifier l'origine de ces informations. Il demande que les rapports répondent clairement aux questions ciblées et précise qu'il appartient au CA d'établir les questions ciblées.

341. Le président ajoute que ce ne sont pas les avantages matériels qui sont en cause, mais l'accès aux services sociaux (et non l'assistance sociale). Le représentant letton déclare que la confusion ne se reproduira plus à l'avenir car les explications de M. Kristensen sur ce qui est attendu en vertu de l'article 14 sont plus claires. M. Kristensen a expliqué que le CEDS avait fourni des informations erronées dans le rapport.

342. Le président a suggéré de prendre note des explications du collègue et d'inviter la Lettonie à fournir des informations plus détaillées dans le prochain rapport en gardant à l'esprit la différence entre les services sociaux et l'assistance et la durée de résidence requise pour l'accès aux services sociaux".

ARTICLE 23

343. Le Secrétariat a déclaré en introduction que seuls les pays qui n'ont pas de législation spécifique pour lutter contre la discrimination éventuelle des personnes âgées ont été sélectionnés et qu'ils ne sont que quatre.

344. L'article 23 (ou l'article 4 du protocole additionnel de 1988) exige d'adopter ou d'encourager, soit directement, soit en coopération avec des organisations publiques ou privées, des mesures appropriées conçues en particulier :

1. permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible des membres à part entière de la société, par le biais de :
 - a. des ressources adéquates leur permettant de mener une vie décente et de participer activement à la vie publique, sociale et culturelle ;
 - b. la fourniture d'informations sur les services et les équipements disponibles pour les personnes âgées et sur leurs possibilités de les utiliser ;
2. permettre aux personnes âgées de choisir librement leur mode de vie et de mener une vie indépendante dans leur environnement familial aussi longtemps qu'elles le souhaitent et qu'elles en sont capables, au moyen de :
 - a. la mise à disposition d'un logement adapté à leurs besoins et à leur état de santé ou d'un accompagnement adéquat pour l'adaptation de leur logement ;
 - b. les soins de santé et les services nécessaires à leur état ;
3. garantir aux personnes âgées vivant en institution un soutien approprié, dans le respect de leur vie privée, et une participation aux décisions concernant les conditions de vie dans l'institution.

RESC 23 MALTE

345. Le CEDS a conclu que la situation à Malte n'est pas conforme à l'article 23 de la Charte au motif qu'il n'existe pas de cadre juridique interdisant la discrimination fondée sur l'âge en dehors de l'emploi.

346. En ce qui concerne les discriminations fondées sur l'âge, le CEDS avait déjà demandé (conclusions 2009 et 2013) s'il existait une législation (ou un cadre juridique équivalent) destinée à protéger les personnes âgées contre les discriminations en dehors de l'emploi. Il a conclu en 2017 que la situation n'était pas conforme à la Charte à cet égard. Il a pris note de l'élaboration d'une

législation "la loi sur le commissaire aux personnes âgées" et a demandé des informations supplémentaires sur l'adoption et le contenu de la législation, en particulier en ce qui concerne l'interdiction de la discrimination et la prise de décision assistée. Le CEDS a noté que si le commissaire est chargé d'éliminer la discrimination à l'égard des personnes âgées, la législation n'interdit pas explicitement la discrimination fondée sur l'âge dans l'accès aux biens, aux équipements et aux services. Le CEDS a donc réitéré sa conclusion précédente de non-conformité pour ce motif.

347. Cette non-conformité remonte à 2017 en ce qui concerne le cadre juridique adéquat pour lutter contre la discrimination fondée sur l'âge en dehors de l'emploi, car auparavant il n'y avait que des questions répétées. Le CG n'a pas encore examiné le suivi de ce point.

348. Le représentant de Malte a répondu que son pays promeut l'élimination de la discrimination à l'égard des personnes âgées et dispose d'une loi en vigueur qui prévoit exactement cela et qu'après un programme de consultation, le projet de loi en question est en train d'être élargi dans son champ d'application. Il a présenté les informations suivantes :

"En ce qui concerne les questions relatives au cadre législatif et aux autres services disponibles pour les personnes âgées, y compris les soins en institution, je n'ai pas encore de nouvelles informations. Toutefois, en ce qui concerne le projet de loi sur l'autonomie personnelle, je peux confirmer qu'il est en train d'être remanié afin d'en élargir le champ d'application et je ne suis donc pas en mesure de fournir une mise à jour sur l'état d'avancement du projet de loi en question.

349. Malgré le manque d'informations mentionné, je peux affirmer que les développements dans ce secteur sont en cours. Le secteur des personnes âgées est une priorité pour le gouvernement maltais et a pour objectif d'améliorer la vie de toutes les personnes âgées, en particulier celles qui souffrent de démence. À cet effet, alors qu'il y a quelques années encore, nous avions un secrétaire parlementaire chargé des personnes âgées et du vieillissement actif, la législature actuelle (en place depuis mars) a créé un ministère du vieillissement actif.

350. L'objectif principal de cette consolidation est de remplacer la structure fragmentée en place dans les législatures précédentes, où plusieurs ministères étaient responsables des questions liées aux personnes âgées ; dans la configuration actuelle, les soins aux personnes âgées, les soins de proximité et les foyers pour personnes âgées relèvent tous de la responsabilité du même ministère. Ce changement améliore également la synergie entre les organismes officiellement désignés pour s'occuper des personnes âgées, étant donné que le ministère actuel est désormais responsable du commissaire national au vieillissement actif, du commissaire aux personnes âgées, de l'autorité chargée des normes en matière de soins sociaux, du conseil de la fondation pour les services aux personnes âgées et de la commission d'appel pour l'aide à domicile.

351. En outre, je peux également indiquer que nous présenterons de nouvelles informations sur l'évolution de ce secteur dans le prochain rapport prévu pour Malte.

En ce qui concerne les ressources adéquates, pour lesquelles la commission a demandé des informations actualisées sur les prestations supplémentaires auxquelles les personnes âgées peuvent avoir droit, telles que l'allocation pour personnes âgées, je peux déclarer ce qui suit :

La subvention pour les personnes âgées fait partie d'une stratégie beaucoup plus large visant à encourager les personnes âgées à rester dans la communauté. À cet effet, les personnes âgées de plus de 75 ans qui vivent encore à leur domicile ou chez des parents peuvent bénéficier de cette subvention, qui consiste en un versement unique annuel de 300 euros pour les personnes âgées de 75 à 79 ans, tandis que la somme de 400 euros est versée annuellement aux personnes âgées de plus de 80 ans.

Une autre prestation à laquelle les personnes âgées peuvent avoir droit est l'allocation supplémentaire, qui est soumise à des conditions de revenu. Les personnes éligibles âgées de plus

de 65 ans reçoivent un taux plus élevé que celui versé aux personnes éligibles âgées de moins de 65 ans. Le taux hebdomadaire maximum payable pour une personne âgée de plus de 65 ans est de 24,03 euros pour une personne âgée mariée maintenant un conjoint et de 14,39 euros pour une personne âgée célibataire.

Toutes les personnes âgées bénéficiant d'une pension contributive ou d'une pension non contributive reçoivent également des primes statutaires avec leurs paiements de pension. Ces primes sont la prime semestrielle d'un montant de 5,20 euros par mois, la prime spéciale d'un montant de 3,12 euros par mois et la prime de vie chère d'un montant minimum de 3,08 euros par mois et d'un montant maximum de 13,96 euros par mois. Grâce à une mesure budgétaire adoptée cette année, la prime de vie chère sera progressivement versée de manière égale à tous les retraités éligibles, ce qui éliminera l'écart entre le montant de la prime de vie chère et celui de la prime de vie chère perçue en fonction de l'âge.

Parmi les autres prestations auxquelles les personnes âgées peuvent prétendre, citons l'assistance médicale, d'un montant de 27,85 euros par semaine, sous réserve d'une évaluation médicale et d'un examen des ressources, et l'allocation énergétique, d'un montant maximum d'environ 200 euros par an.

Le Comité a également demandé que le prochain rapport de Malte fournisse des informations actualisées sur le montant de la pension non contributive :

Les données actuelles montrent qu'il existe trois taux différents applicables à la pension non contributive pour l'année en cours, comme suit :

- i. Le taux hebdomadaire pour les couples mariés, si les deux conjoints remplissent les conditions requises, est de 161,63 euros.
- ii. Le taux hebdomadaire pour les couples mariés dont un seul conjoint remplit les conditions requises est de 115,25 euros.
- iii. Le tarif hebdomadaire pour une personne seule est de 128,86 €.

Ces taux hebdomadaires sont annuellement augmentés de l'indemnité de vie chère (COLA) prévue dans le budget annuel.

La législation maltaise prévoit également que lorsqu'une personne a droit à la pension susmentionnée, elle a automatiquement droit à plusieurs autres prestations, comme indiqué précédemment. Dans les faits, le montant hebdomadaire minimum perçu par une personne âgée célibataire de plus de 65 ans est donc de 161,13 euros et peut atteindre 188,98 euros si cette personne est également éligible à l'assistance médicale, à condition qu'une évaluation médicale soit effectuée. De même, le montant hebdomadaire dû à une personne âgée seule de plus de 75 ans ou de plus de 80 ans pourrait même atteindre 204,92 euros.

En outre, les personnes âgées mariées de plus de 65 ans reçoivent un minimum hebdomadaire de 204,97 euros, qui peut atteindre 232,82 euros si elles ont droit à l'assistance médicale. Si les deux conjoints ont droit à l'assistance médicale, le montant hebdomadaire perçu peut atteindre 260,67 euros.

En supposant que les personnes âgées sont toutes des célibataires									
	AGE PENSION	6MBO	SPBO	CLBO	SUP. TOUS.	EB	MED. ASS.	SCG	TOTAL
	€	€	€	€	€	€	€	€	€
PLUS DE 65 ANS	128.86	5.2	3.12	5.72	14.39	3.85	27.85	0.00	188.99
PLUS DE 75	128.86	5.2	3.12	13.96	14.39	3.85	27.85	5.77	203.00

PLUS DE 80	128.86	5.2	3.12	13.96	14.39	3.85	27.85	7.69	204.92
<p>Dans les trois scénarios, on suppose que toutes les personnes sont éligibles à l'assistance médicale et qu'elles vivent toujours dans leur propre résidence.</p>									

En supposant que les personnes âgées soient toutes mariées									
	AGE PENSION	6MBO	SPBO	CLBO	SUP. TOUS.	EB	MED. ASS.	SCG	TOTAL
	€	€	€	€	€	€	€	€	€
PLUS DE 65 ANS	161.63	5.20	3.12	5.72	24.03	5.27	27.85	0.00	232.82
PLUS DE 75	161.63	5.20	3.12	13.96	24.03	5.27	27.85	5.77	246.83
PLUS DE 80	161.63	5.20	3.12	13.96	24.03	5.27	27.85	7.69	248.75
<p>Dans les trois scénarios, on suppose que toutes les personnes sont éligibles à l'assistance médicale et qu'elles vivent toujours dans leur propre résidence.</p>									

En supposant que les personnes âgées soient toutes mariées									
	AGE PENSION	6MBO	SPBO	CLBO	SUP. TOUS.	EB	MED. ASS.	SCG	TOTAL
	€	€	€	€	€	€	€	€	€
PLUS DE 65 ANS	161.63	5.20	3.12	5.72	24.03	5.27	55.70	0.00	260.67
PLUS DE 75	161.63	5.20	3.12	13.96	24.03	5.27	55.70	11.54	280.45
PLUS DE 80	161.63	5.20	3.12	13.96	24.03	5.27	55.70	15.38	284.29
<p>Dans les trois scénarios, on suppose que</p> <p>i. que les conjoints remplissent tous deux les conditions requises pour bénéficier de l'assistance médicale.</p> <p>ii. que les conjoints sont tous les deux >75 et >80 et donc tous les deux éligibles au SCG</p>									

352. Le président remercie pour la présentation et rappelle que l'interprétation juridique repose sur le CEDS et que, d'après la présentation maltaise, Malte est en voie de conformité mais n'est pas en conformité pour le moment.

353. Le représentant français estime que des efforts ont été déployés pour s'aligner sur les exigences. Le représentant de la CES reconnaît qu'il existe de nouvelles stratégies et que le travail est en cours, mais il estime que la situation est similaire à celle du Danemark (Malte a un gouvernement et continue à travailler sur la législation), et il suggérerait donc d'adopter la même approche que pour le Danemark sans qu'il soit nécessaire d'avoir une vue d'ensemble des bonnes pratiques.

354. Le représentant belge estime que le CA a reçu beaucoup d'informations sur Malte qui évolue dans une bonne direction, mais bien que le CA ait besoin de cohérence, Malte n'a pas besoin d'une recommandation.

355. Le président souligne que, puisque Malte fait tous ces efforts, la recommandation ne serait pas une sanction, mais un encouragement à poursuivre les efforts qu'elle fait déjà. Le Secrétariat a ajouté que la recommandation aurait un ton positif et reviendrait au CEDS en indiquant que Malte a déjà pris des mesures pour se mettre en conformité avec la Charte. Le représentant de Malte approuve la formulation de la recommandation et souhaite que ses autorités soient encouragées à poursuivre le processus. Le représentant français a remercié Malte pour sa réaction positive et a compris qu'il y aurait une plus grande visibilité des efforts accomplis, ce que le représentant irlandais a approuvé.

356. Le résultat du vote étant de 0 contre, 17 abstentions et 18 pour, la recommandation n'est pas adoptée.

RESC 23 LES PAYS-BAS

357. Le CEDS a conclu que la situation aux Pays-Bas n'est pas conforme à l'article 23 de la Charte au motif qu'il n'existe pas de législation interdisant la discrimination fondée sur l'âge en dehors de l'emploi.

358. En ce qui concerne les discriminations fondées sur l'âge, le CEDS a noté que l'égalité de traitement de toutes les personnes résidant aux Pays-Bas est garantie par l'article 1 de la Constitution néerlandaise. En outre, la loi sur l'égalité de traitement en matière d'emploi, en vigueur depuis le 1er mai 2004, interdit toute distinction directe ou indirecte fondée sur l'âge dans les relations de travail. Toutefois, il n'existe pas de législation spécifique concernant la discrimination à l'égard des personnes âgées dans d'autres domaines. Le comité a rappelé que l'interdiction de la discrimination fondée sur l'âge devrait être progressivement étendue aux domaines de la sécurité sociale, des soins de santé et de la fourniture de biens et de services, et qu'un cadre juridique adéquat est une mesure fondamentale pour lutter contre la discrimination fondée sur l'âge dans ces domaines. Par conséquent, il a estimé que la législation existante est insuffisante pour répondre aux exigences de la Charte à cet égard.

359. La précédente conclusion de 2013 avait estimé que la situation n'était pas conforme au motif que le champ d'application du cadre juridique visant à lutter contre la discrimination fondée sur l'âge en dehors de l'emploi n'était pas suffisamment large (Conclusions 2013). En 2009, il y a eu un report et le CEDS a demandé s'il existait une législation de non-discrimination pour protéger les personnes âgées en dehors du domaine de l'emploi, ou si les autorités envisageaient de légiférer dans ce domaine.

360. La CG a examiné le suivi de ce point en 2014. Il a noté que les Pays-Bas considéraient qu'ils respectaient l'article 23 de la Charte tant dans la législation que dans la pratique. Il a également noté que la future directive de l'UE serait transformée en droit national et a décidé d'attendre la prochaine évaluation du CEDS.

361. Le représentant des Pays-Bas a fourni les informations suivantes :

- *L'article 1 de la Constitution néerlandaise interdit toute discrimination, quel qu'en soit le motif. Cette disposition fait donc également référence à la discrimination fondée sur l'âge. L'article 1 de la Constitution néerlandaise garantit la non-discrimination, c'est-à-dire l'égalité de traitement, de toutes les personnes résidant aux Pays-Bas.*

- *Le critère de l'âge est spécifiquement traité dans la loi sur l'égalité de traitement en matière d'emploi (discrimination fondée sur l'âge) (WGBL), entrée en vigueur le 1er mai 2004, qui interdit la discrimination fondée sur l'âge en matière d'emploi et de formation.*
- *Conformément à ce principe fondamental de non-discrimination, le gouvernement néerlandais accorde une grande importance à la pleine participation des personnes à la société et à la lutte contre la discrimination, y compris lorsqu'elle concerne les personnes âgées.*
- *Outre le cadre juridique qui interdit la discrimination pour quelque motif que ce soit, il existe plusieurs mesures qui renforcent la position des personnes âgées. Les personnes âgées sont considérées comme un groupe important dans la société, qui devient de plus en plus diversifiée. L'expérience de vie des personnes âgées leur permet de jouer le rôle d'éducateurs, de mentors, de nounous et de bénévoles, par exemple. Dans le cadre des soins de longue durée, les besoins en matière de soins sont déterminants, quel que soit l'âge des personnes nécessitant des soins.*
- *Le nouveau gouvernement, qui a pris ses fonctions en janvier 2022, souhaite que les soins et l'assistance aux personnes âgées soient adaptés aux préférences de ces personnes. Le gouvernement coopère donc avec, entre autres, les organisations sociales et les organisations de personnes âgées, ainsi qu'avec les parties concernées par les soins (telles que les prestataires de soins, les associations de professionnels de la santé et de travailleurs sociaux, les municipalités, les assureurs maladie et les coopératives de construction) et prend des mesures cohérentes. Ces mesures ont été traduites en un programme concret intitulé "Logement, aide et soins pour les personnes âgées", en collaboration avec les parties concernées, contribuant ainsi à un vaste mouvement social visant à modifier réellement la manière dont l'aide et les soins sont organisés. Il s'agit d'un programme cohérent qui comprend différentes actions visant à 1) vieillir de manière vitale et indépendante (prévention, réadaptation, soutien local) ; 2) des soins de base optimaux (infirmières de district, médecins généralistes, soins à domicile) ; 3) des soins de longue durée appropriés (normes de qualité actualisées) ; 4) le logement et les soins pour les clients âgés (création de nouveaux logements groupés avec des soins à proximité) ; et 5) le marché du travail et l'innovation dans le domaine des soins (conditions de travail attrayantes et innovantes, technologie des soins).*
- *Depuis 2018, il existe un conseil informel des personnes âgées (de Raad van Ouderen). Ce conseil conseille le gouvernement sur les sujets importants concernant les personnes âgées et représente les intérêts des personnes âgées dans le débat public.*
- **En conclusion**, *les Pays-Bas estiment que le cadre juridique interdisant la discrimination pour quelque motif que ce soit est adéquat : Les Pays-Bas estiment que le cadre juridique interdisant la discrimination pour quelque motif que ce soit est adéquat, y compris l'accès aux voies de recours, et que ce cadre, ainsi que les mesures politiques existantes et nouvelles qui sont prises, permettent aux personnes âgées de rester des membres à part entière de la société.*

362. Le Secrétariat a précisé que la question n'est pas de savoir s'il n'y a pas de discrimination dans la pratique sur la base de certaines mesures, mais de constater l'absence d'une législation particulière. Le CEDS ne dit pas qu'il y a discrimination mais qu'il y a un manque de législation.

363. Le représentant répond que les Pays-Bas sont exactement dans la même situation que le Danemark et Malte. Le représentant de la CES résume les similitudes entre les trois pays et il ne voit pas de similitude en ce qui concerne la législation, car au Danemark et à Malte, une législation était en cours, alors qu'aux Pays-Bas, il n'y a pas d'informations sur les nouvelles initiatives.

364. La représentante des Pays-Bas a déclaré qu'elle pensait qu'un moyen d'avancer était d'échanger des pratiques, mais pas dans un contexte de recommandation. Le président a noté que le CA n'a pas besoin de l'accord du représentant pour voter sur une recommandation.

365. Le représentant de la Belgique a demandé s'il n'y aurait pas lieu de procéder à un vote groupé pour plusieurs pays se trouvant dans la même situation, afin de faire une différence entre les recommandations et d'établir une distinction entre elles. Le Secrétariat a répété que les recommandations sont un outil utile pour la visibilité de ce que les États font et pour déclencher la réflexion sur d'autres possibilités. La recommandation doit être rédigée pour que chaque pays puisse la présenter. En ce qui concerne le mandat, il ne faut pas en parler car les représentants sont ici pour prendre position et, de toute façon, ils discutent avec eux de ce qui sera inclus dans la recommandation.

366. Le résultat du vote étant de 22 voix pour, 2 voix contre et 13 abstentions, la recommandation est adoptée.

RESC 23 NORVÈGE

367. Le CEDS a conclu que la situation aux Pays-Bas n'était pas conforme à l'article 23 de la Charte au motif qu'il n'existe pas de législation interdisant la discrimination fondée sur l'âge en dehors de l'emploi.

368. Le CEDS avait précédemment conclu que la situation en Norvège n'était pas conforme à l'article 23 de la Charte au motif que le cadre législatif interdisant la discrimination fondée sur l'âge en dehors de l'emploi était inadéquat (Conclusions 2013). Aucune information n'a été fournie sur cette question dans le rapport 2020. Par conséquent, le CEDS a réitéré sa conclusion précédente.

369. La précédente conclusion de 2013 avait estimé que la situation n'était pas conforme au motif qu'il n'existait pas de législation spécifique interdisant la discrimination en dehors de l'emploi. En effet, il existe une législation spécifique sur la lutte contre la discrimination en matière de handicap, mais le CEDS a rappelé que les personnes âgées peuvent faire l'objet d'une discrimination en raison de leur âge, indépendamment de leur état physique, qui peut ou non relever de la définition du handicap. Le Comité a rappelé qu'un cadre juridique adéquat est une mesure fondamentale pour lutter contre la discrimination fondée sur l'âge dans de nombreux domaines de la vie sociale et a estimé que la législation existante est insuffisante pour répondre aux exigences de la Charte à cet égard.

370. Le CA a examiné le suivi de ce point en 2014. Un nouveau projet de proposition sur la lutte contre la discrimination et l'âge devait être discuté, de sorte que le CA a décidé d'attendre la prochaine évaluation du CEDS.

371. L'exposé du représentant de la Norvège a présenté les informations suivantes :

"La Constitution norvégienne

Par décision du Storting (Parlement norvégien) du 13 mai 2014, la Constitution norvégienne a été complétée par un certain nombre de dispositions relatives aux droits de l'homme. Les principes d'égalité et de non-discrimination ont été incorporés à l'article 98 de la Constitution dans les termes suivants :

"Toutes les personnes sont égales devant la loi.

Aucun être humain ne doit faire l'objet d'une différence de traitement injuste ou disproportionnée".

La loi sur l'égalité et la lutte contre la discrimination

La loi sur l'égalité et la lutte contre la discrimination a été adoptée en 2017 et est entrée en vigueur le 1er janvier 2018. La loi sur l'égalité et la lutte contre la discrimination a remplacé la loi sur l'égalité entre les hommes et les femmes, la loi sur la discrimination en matière d'orientation sexuelle, d'identité de genre et d'expression de genre, la loi sur la discrimination en matière d'appartenance ethnique et la loi sur la discrimination et l'accessibilité. La plupart des dispositions de l'ancienne loi sur l'égalité entre les hommes et les femmes ont été maintenues dans la nouvelle loi.

La loi sur l'égalité et la lutte contre la discrimination est disponible en anglais : <https://lovdata.no/dokument/NLE/lov/2017-06-16-51>

La loi sur l'égalité et la lutte contre la discrimination s'applique à tous les domaines de la société, y compris la vie familiale et les autres relations personnelles (section 2).

La loi interdit la discrimination directe et indirecte et le harcèlement fondés sur le sexe, la grossesse, le congé de naissance ou d'adoption et les responsabilités familiales, l'appartenance ethnique, la religion, les convictions, le handicap, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'expression de genre et l'âge (sections 6, 7, 8 et 13). La loi stipule en outre que l'interdiction s'applique également si une personne est discriminée sur la base de son lien avec une autre personne (article 6). (Toutefois, la loi ne s'applique pas à la discrimination fondée sur l'âge dans les circonstances régies par le chapitre 13 de la loi sur l'environnement de travail ou le chapitre 10 de la loi sur le travail maritime).

En outre, la loi contient des dispositions qui interdisent les représailles (article 14), les instructions de discrimination, de harcèlement ou de représailles (article 15) et la participation à la discrimination, au harcèlement, aux représailles ou à l'émission d'instructions (article 16).

Les articles 9, 10 et 11 définissent les cas où une différence de traitement est licite. L'article 9 est la disposition générale sur la légalité des différences de traitement. L'article 10 régit les différences de traitement légales fondées sur la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement et les congés liés à l'accouchement ou à l'adoption. L'article 11 régit les actions positives.

La loi contient également des dispositions qui traitent spécifiquement de la discrimination dans la vie professionnelle et l'éducation. L'article 29 précise que l'interdiction de la discrimination s'applique également à l'annonce d'un poste, à la nomination, à la promotion, à la réaffectation d'un poste, à la formation et au développement des compétences, à la rémunération et aux conditions de travail, ainsi qu'à la cessation d'emploi. L'article 33 précise les droits des travailleurs en matière de congé parental.

L'interdiction de collecter des informations (y compris des informations sur la grossesse d'un candidat ou sur ses projets d'avoir ou d'adopter des enfants) au cours des processus de nomination figure à l'article 30.

L'article 34 stipule que les femmes et les hommes travaillant dans la même entreprise doivent recevoir un salaire égal pour le même travail ou un travail de valeur égale. L'article 32 régit l'obligation d'information de l'employeur en matière de rémunération.

Les dispositions relatives aux efforts actifs en faveur de l'égalité figurent au chapitre 4 de la loi. En juin 2019, le Storting a adopté des amendements aux dispositions sur les efforts actifs en faveur de

l'égalité dans la loi sur l'égalité et la lutte contre la discrimination. Les amendements sont entrés en vigueur le 1er janvier 2020.

Conformément à l'article 24 de la loi sur l'égalité et la lutte contre la discrimination, les autorités publiques ont le devoir de déployer des efforts actifs, ciblés et systématiques dans toutes leurs activités pour promouvoir l'égalité et prévenir la discrimination. Cela inclut l'obligation pour les autorités publiques de prévenir le harcèlement, le harcèlement sexuel et la violence fondée sur le sexe, et de lutter contre les stéréotypes. L'article 24, deuxième paragraphe, stipule que les autorités publiques ont l'obligation de publier une déclaration sur leur travail en matière d'égalité.

Le premier paragraphe de l'article 26 de la loi sur l'égalité et la lutte contre la discrimination stipule que tous les employeurs, dans le cadre de leurs activités, doivent déployer des efforts actifs, ciblés et systématiques pour promouvoir l'égalité, prévenir la discrimination fondée sur le sexe, la grossesse, l'accouchement ou l'adoption, les responsabilités familiales, l'appartenance ethnique, la religion, les convictions, le handicap, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'expression de genre ou une combinaison de ces motifs, et s'efforcer de prévenir le harcèlement, le harcèlement sexuel et la violence fondée sur le genre. Ces efforts portent sur le recrutement, la rémunération et les conditions de travail, la promotion, les possibilités de développement, le logement et la possibilité de concilier travail et vie de famille. L'obligation de déployer des efforts actifs ne définit pas de mesures spécifiques à prendre, mais invite l'employeur à concevoir des mesures qui répondent aux problèmes de discrimination auxquels l'entreprise est confrontée.

L'article 26, deuxième paragraphe, stipule que toutes les entreprises publiques, quelle que soit leur taille, et les entreprises privées qui emploient habituellement plus de 50 personnes doivent, dans le cadre de leurs activités, appliquer une méthode de travail spécifique dans leurs travaux sur l'égalité entre les femmes et les hommes. Cette disposition s'applique également aux entreprises privées qui emploient habituellement entre 20 et 50 personnes, à la demande des travailleurs ou des représentants des travailleurs. Ces entreprises a) recherchent s'il existe un risque de discrimination ou d'autres obstacles à l'égalité entre les femmes et les hommes, notamment en réexaminant tous les deux ans les conditions de rémunération en fonction du sexe et le recours au travail à temps partiel involontaire, b) analysent les causes des risques identifiés, c) mettent en œuvre des mesures adaptées pour lutter contre la discrimination et promouvoir une plus grande égalité et une plus grande diversité dans l'entreprise, et d) évaluent les résultats des efforts déployés en application des points a) à c). Ces efforts sont réalisés de manière continue et en coopération avec les représentants des travailleurs.

Conformément à l'article 26 a, les employeurs qui ont des obligations en vertu de l'article 26, deuxième paragraphe, doivent publier une déclaration sur la situation réelle de l'égalité entre les femmes et les hommes dans l'entreprise et sur ce que l'entreprise fait pour se conformer à l'obligation d'activité en vertu de l'article 26. Cela inclut l'obligation de publier une déclaration sur les résultats de l'examen des salaires et de l'examen de l'utilisation du travail à temps partiel involontaire.

En vertu de la nouvelle section 26 b, tous les employeurs sont soumis à une obligation de divulgation en ce qui concerne le travail sur l'égalité.

Les organisations d'employeurs et de travailleurs sont tenues de promouvoir l'égalité et de prévenir la discrimination conformément à l'article 25.

Le système norvégien d'exécution des décisions en matière de discrimination

Le système norvégien d'application des lois en matière de discrimination a été réorganisé en 2018. Les changements ont impliqué que le traitement des plaintes a été transféré du Médiateur pour l'égalité et la lutte contre la discrimination à un nouveau Tribunal anti-discrimination.

Le tribunal anti-discrimination est une alternative à bas seuil au système judiciaire. Il traite la plupart des affaires de discrimination. À partir de janvier 2020, il pourra également traiter les affaires de harcèlement sexuel.

Le médiateur pour l'égalité et la lutte contre la discrimination s'emploie à promouvoir une véritable égalité et à prévenir la discrimination dans tous les secteurs de la société sur la base du sexe, de la grossesse, du congé lié à la naissance ou à l'adoption, des responsabilités familiales, de l'appartenance ethnique (qui comprend l'origine nationale, l'ascendance, la couleur de peau et la langue), de la religion, des convictions, du handicap, de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre, de l'expression de genre et de l'âge. Le médiateur dispose d'un service de consultation et de conseil pour les particuliers ainsi que pour les entreprises privées et publiques. Il veille également à ce que la législation et les pratiques administratives norvégiennes soient conformes aux obligations de la Norvège au titre de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et de la Convention relative aux droits des personnes handicapées. À partir du 1er janvier 2020, le médiateur a reçu le mandat d'examiner l'obligation d'activité des autorités publiques et des employeurs, ainsi que leur nouvelle obligation de publier une déclaration sur leur travail en matière d'égalité conformément à la loi sur l'égalité et l'antidiscrimination. Les nouvelles dispositions renforcent le rôle du médiateur dans ce domaine. Le médiateur sera habilité à effectuer des visites de suivi dans les entreprises et pourra exiger l'accès à la documentation de l'entreprise relative aux activités de l'employeur en matière d'égalité et de lutte contre la discrimination.

La loi sur le médiateur pour l'égalité et la lutte contre la discrimination en anglais : <https://lovdata.no/dokument/NLE/lov/2017-06-16-50>

Modifications des obligations en matière d'égalité active

En juin 2019, le Storting a adopté des amendements aux dispositions relatives aux efforts actifs en faveur de l'égalité dans la loi sur l'égalité et la lutte contre la discrimination. Les amendements sont entrés en vigueur le 1er janvier 2020.

Tout d'abord, les nouvelles règles renforcent l'obligation des autorités publiques de faire des efforts contre la discrimination dans toutes leurs activités sur la base du sexe et d'autres motifs de discrimination protégés et donnent également aux autorités publiques l'obligation de publier une déclaration sur leur travail concernant les questions d'égalité. À partir de 2020, il est également précisé que l'obligation de déployer des efforts actifs, ciblés et systématiques pour promouvoir l'égalité et prévenir la discrimination comprend l'obligation pour les autorités publiques de prévenir le harcèlement, le harcèlement sexuel et la violence fondée sur le genre, et de lutter contre les stéréotypes.

Deuxièmement, les amendements clarifient et renforcent les obligations de l'employeur en matière de promotion proactive de l'égalité et de prévention de la discrimination (article 26, 26 a, 26 b, 26 c). Comme avant 2020, tous les employeurs, quels que soient leur taille et leur secteur, doivent déployer des efforts actifs, ciblés et systématiques pour promouvoir l'égalité et prévenir la discrimination dans toutes leurs activités (article 26, premier paragraphe). Les nouvelles règles précisent que l'obligation

de déployer des efforts actifs, ciblés et systématiques inclut la discrimination intersectionnelle ("combinaisons de ces motifs"). Les nouvelles règles précisent également que le devoir inclut une obligation de prévenir le harcèlement, le harcèlement sexuel et la violence fondée sur le sexe et que les employeurs sont tenus de faire des efforts dans les domaines du recrutement, de la rémunération et des conditions de travail, de la promotion, des possibilités de développement, de l'hébergement et de la possibilité de combiner le travail et la vie de famille. Selon les nouvelles règles, tous les employeurs, quels que soient leur taille et leur secteur, doivent documenter la manière dont ils s'acquittent de leur obligation de travailler de manière active, ciblée et systématique à la promotion de l'égalité et à la prévention de la discrimination (article 26, quatrième paragraphe).

Comme avant 2020, toutes les entreprises publiques et privées qui emploient habituellement plus de 50 personnes doivent appliquer une méthode de travail spécifique dans le cadre de leur travail sur l'égalité entre les femmes et les hommes (article 26, deuxième paragraphe). Selon les amendements, cette obligation s'applique également aux employeurs qui emploient habituellement entre 20 et 50 personnes, à la demande des employés ou des représentants des employés. En outre, la méthode de travail obligatoire est élargie pour inclure l'obligation de réexaminer tous les deux ans les conditions de rémunération en fonction du sexe et le recours au travail à temps partiel involontaire.

Les nouvelles règles renforcent également l'obligation des employeurs de publier des déclarations sur la situation réelle de l'égalité entre les femmes et les hommes dans l'entreprise et sur les mesures prises par l'entreprise pour se conformer à l'obligation d'activité prévue à l'article 26 (article 26 a). Cette obligation s'applique aux employeurs ayant des obligations au titre de l'article 26, deuxième paragraphe, y compris les employeurs qui emploient habituellement entre 20 et 50 personnes, si les travailleurs ou les représentants des travailleurs le demandent. La déclaration sur la situation réelle de l'égalité entre les hommes et les femmes comprend, entre autres, l'équilibre entre les hommes et les femmes dans l'entreprise, la proportion de travail à temps partiel, la proportion de travailleurs temporaires, les résultats de l'examen des salaires et l'examen de l'utilisation du travail à temps partiel involontaire.

Le médiateur pour l'égalité et la lutte contre la discrimination est chargé d'examiner l'obligation d'activité des autorités publiques et des employeurs, ainsi que leur nouvelle obligation de publier une déclaration sur leur travail en matière d'égalité conformément à la loi sur l'égalité et la lutte contre la discrimination. Les nouvelles dispositions renforcent le rôle du médiateur dans ce domaine. Le médiateur sera habilité à effectuer des visites de suivi dans les entreprises et pourra exiger l'accès à la documentation de l'entreprise relative au travail de l'employeur en matière d'égalité et d'antidiscrimination. La violation par les employeurs de l'obligation de publier une déclaration (article 26 a) peut être portée devant le tribunal anti-discrimination".

372. Le président remercie la Norvège et conclut qu'il n'est pas nécessaire de discuter de la non-conformité. Les représentants de l'Irlande et de la CES ont également remercié pour les progrès réalisés. Le représentant de la CES a conclu que l'exemple norvégien était un exemple de bonnes pratiques. Le président approuve et déclare qu'il n'est pas nécessaire de voter sur la recommandation, mais qu'il suffit d'en prendre note et d'attendre que le CEDS accède à la situation. Le CA est d'accord.

ARTICLE 30

373. Le Secrétariat a rappelé que les États parties devraient démontrer que la réduction de la pauvreté et de l'exclusion sociale fait partie intégrante de tous les volets pertinents des politiques publiques. L'approche globale et coordonnée doit relier et intégrer les politiques de manière cohérente, au-delà d'une approche purement sectorielle ou par groupe cible. Normalement, des mécanismes de coordination devraient être prévus, y compris au niveau de la fourniture de l'assistance et des services aux personnes vivant dans la pauvreté ou menacées de pauvreté.

374. Le CEDS prend en compte une série d'indicateurs afin d'évaluer de manière plus précise l'efficacité des politiques, mesures et actions entreprises par les États parties dans le cadre de cette approche globale et coordonnée. L'un des indicateurs clés à cet égard est le niveau des ressources (y compris toute augmentation de ce niveau) qui ont été allouées pour atteindre les objectifs de la stratégie, dans la mesure où "des ressources adéquates sont un élément essentiel pour permettre aux personnes de devenir autosuffisantes".

375. Par ailleurs, le principal indicateur utilisé pour mesurer la pauvreté est le taux de pauvreté relative (il correspond au pourcentage de personnes vivant sous le seuil de pauvreté, fixé à 60 % du revenu médian équivalent).

376. Le CEDS souligne le lien très étroit entre l'effectivité du droit reconnu par l'article 30 de la Charte et la jouissance des droits reconnus par d'autres dispositions, telles que le droit au travail (article 1), l'accès aux soins de santé (article 11), les allocations de sécurité sociale (article 12), l'assistance sociale et médicale (article 13), le bénéfice des services de protection sociale (article 14), les droits des personnes handicapées (article 15), la protection sociale, protection sociale, juridique et économique de la famille (article 16) ainsi que des enfants et des jeunes (article 17), le droit à l'égalité des chances et de traitement en matière d'emploi et de profession sans discrimination fondée sur le sexe (article 20), les droits des personnes âgées (article 23) ou le droit au logement (article 31), sans oublier l'impact important de la clause de non-discrimination (article E), qui inclut évidemment la non-discrimination en raison de la pauvreté.

377. Par conséquent, outre les indicateurs mentionnés ci-dessus, le CEDS prend également en considération, lorsqu'il évalue le respect de l'article 30, les mesures ou pratiques nationales qui entrent dans le champ d'application d'autres dispositions de fond de la Charte. Cette approche ne signifie pas qu'une conclusion de non-conformité ou une décision de violation d'une ou plusieurs de ces dispositions entraîne automatiquement ou nécessairement une violation de l'article 30 ; mais une telle conclusion ou décision peut, selon les circonstances, être pertinente pour évaluer la conformité avec l'article 30.

378. Le Secrétariat a rappelé que dans l'ensemble, au cours du cycle d'examen 2021, l'accès aux services sociaux par les ressortissants d'autres États parties a été une question problématique. Le problème de l'accès restrictif des étrangers à ces services subsiste en Azerbaïdjan, en République tchèque, en Hongrie, en Lettonie, en Pologne, en Serbie et en Türkiye (la République tchèque, la Serbie et la Türkiye ont reçu pour la première fois une conclusion de non-conformité pour ce motif).

RESC 30 ESTONIE

379. Le CEDS a conclu que la situation en Estonie n'était pas conforme à l'article 30 de la Charte au motif qu'il n'existait pas d'approche globale et coordonnée adéquate pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

380. Dans sa conclusion, le CEDS a pris note des informations sur les mesures prises en faveur des personnes âgées compte tenu de leur taux de pauvreté très élevé, telles que l'amélioration de l'accès aux services du marché du travail et l'augmentation de la pension nationale (de 395 € en 2016 à 483 € en 2019), sur une allocation qui a été introduite en 2017 (une aide forfaitaire de 115 € par an) pour les personnes âgées vivant seules et dont la pension était 1,2 fois inférieure au montant de la pension de vieillesse moyenne. Le Comité note que les autres ressources de la personne (salaire, allocations sociales ou revenus) ne sont pas prises en compte pour l'octroi de l'allocation, et que celle-ci n'est ni soumise à l'impôt sur le revenu, ni incluse dans les revenus pour le calcul de l'allocation de subsistance. Le CEDS a également observé une augmentation du taux d'emploi des personnes âgées de 63 à 74 ans au cours de la période de référence, qui est passé de 29,8 % en 2016 à 32,6 % en 2019. Toutefois, il a également noté que le taux de risque de pauvreté chez les personnes de plus de 65 ans était extrêmement élevé et continuait d'augmenter depuis 2010. Selon le rapport pays du Semestre européen Estonie 2018, le risque de pauvreté chez les personnes

âgées a augmenté, en grande partie parce que les pensions n'ont pas été indexées sur les niveaux de vie.

381. Le rapport indique que les mesures économiques générales et l'amélioration des performances économiques ont affecté l'emploi des groupes défavorisés. Les retraités à la recherche d'un emploi ont continué à bénéficier des politiques actives du marché du travail de la même manière que les autres groupes. Le rapport souligne en particulier que le "programme pour l'emploi 2017-2020" a été lancé dans le but de prévenir le chômage et de soutenir les changements structurels dans l'économie. Le CEDS a observé que, bien que toutes les mesures spécifiques aient été prises au cours de la période de référence, le taux de risque de pauvreté (seuil : 60 % du revenu équivalent médian après transferts sociaux) était de 21,7 % en 2019.

382. En ce qui concerne les données démontrant que les ressources budgétaires allouées à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, le rapport indique qu'en 2018, certaines modifications ont été apportées au règlement relatif à l'allocation de subsistance afin de rendre le régime plus flexible et d'encourager les bénéficiaires à prendre un emploi. En particulier, à partir de 2019, le niveau de subsistance pour une personne vivant seule ou pour le premier membre de la famille ("niveau unique") s'élevait à 150 € par mois ; ce montant augmente de 120 % pour chaque membre de la famille qui est mineur (depuis 2018, 180 €), et de 80 % pour chaque adulte supplémentaire (120 €). En outre, les bénéficiaires d'allocations de subsistance dont tous les membres de la famille sont mineurs ont droit à une prestation sociale mensuelle supplémentaire de 15 €. Selon le rapport, les allocations familiales ont également été augmentées, en particulier pour les familles nombreuses et pour les enfants handicapés (par exemple, depuis 2020 - en dehors de la période de référence - les allocations ont été doublées en cas de handicap modéré ou grave, et triplées en cas de handicap profond).

383. Le rapport indique que les transferts sociaux ont joué un rôle important dans la réduction de la pauvreté. En 2018, selon le rapport, diverses allocations, prestations et pensions de l'État ont réduit la pauvreté relative de la population de 45 %. Le CEDS a néanmoins rappelé que les données fournies dans le rapport ne correspondaient pas aux données d'Eurostat pour les mêmes indicateurs, et qu'il prenait en compte les données d'Eurostat sur la pauvreté. En conséquence, le CEDS a noté que l'effet des transferts sociaux a légèrement augmenté au cours de la période de référence, passant de 24,91 % à 28,15 %. Ces montants sont toutefois inférieurs aux moyennes de l'UE-28, qui sont respectivement de 31,64% et 33,07%.

384. Le CEDS a noté dans le rapport par pays du Semestre européen, Estonie 2018, que l'Estonie dépense moins pour la protection sociale que ses pairs de l'UE et que son filet de sécurité sociale est inadéquat, en particulier compte tenu du vieillissement croissant de sa population. Les dépenses de protection sociale par habitant et les dépenses de protection sociale (moyenne pondérée) sont parmi les plus faibles de l'UE.

385. Le CEDS s'est également référé à ses 2021 conclusions de non-conformité concernant d'autres dispositions pertinentes de la Charte pour évaluer la conformité avec l'article 30, en particulier :

- L'article 12, paragraphe 1, et sa conclusion selon laquelle le niveau minimum de plusieurs prestations de sécurité sociale (maladie, chômage, pensions contributives) est insuffisant ;
- L'article 13, paragraphe 1, et sa conclusion selon laquelle le niveau de l'aide sociale versée à une personne seule sans ressources n'est pas adéquat.

386. Le CESR a observé qu'en dépit de certaines mesures prises pour garantir des pensions plus adéquates, des allocations de subsistance et des allocations familiales plus élevées, une part croissante de la population était toujours exposée au risque de pauvreté. Cela concerne en particulier les personnes âgées. Sur la base de ce qui précède, le CEDS a estimé que la situation n'était pas conforme à l'article 30, au motif qu'il n'existait pas d'approche globale et coordonnée adéquate pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

387. La situation avait déjà conduit à un report en 2017 dans l'attente d'une demande d'informations complètes. Il s'agit du premier cas de non-conformité, mais il est assez large et indique un problème plus systémique qui englobe plusieurs droits en vertu de la Charte.

388. Le représentant de l'Estonie a fourni les informations suivantes :

"En Estonie, l'approche de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale est définie dans des documents stratégiques qui constituent la base du budget de l'État. En 2012, la stratégie "Estonie 2020" a été mise en place pour fixer des objectifs de renforcement de la compétitivité et définir les principales mesures politiques pour y parvenir. L'un des objectifs stratégiques était de réduire à 15 % la proportion de personnes vivant en situation de risque de pauvreté. Les principales mesures comprennent des investissements dans l'éducation, l'augmentation de l'emploi et la viabilité des dépenses sociales du secteur public.

Depuis 2020, la nouvelle stratégie "Estonie 2035", approuvée au niveau parlementaire, fait office de plan de réforme pour répondre aux besoins de développement à long terme de l'Estonie. La stratégie vise à réduire progressivement la proportion de personnes vivant dans une situation persistante de risque de pauvreté. La réalisation des objectifs est suivie par la plateforme personnalisée "Tree of truth" qui visualise la santé de la société estonienne.

Les plans de développement sectoriels, qui, dans le cas de la pauvreté et de l'exclusion sociale, sont des plans de développement de l'aide sociale, sont approuvés au niveau gouvernemental et fixent des objectifs et des activités plus détaillés dans ce domaine. Le premier plan de développement de la protection sociale a été approuvé en 2016 et c'était la première fois que des objectifs stratégiques en matière d'emploi, de vie professionnelle, d'égalité et de pauvreté étaient regroupés dans un même cadre.

Pour réduire la pauvreté, le plan vise à soutenir une protection sociale active, adéquate et durable afin d'accroître la capacité d'adaptation économique des personnes. Il vise également à assurer la protection sociale des personnes par le biais de prestations de sécurité sociale et d'autres formes d'assistance, tout en garantissant l'adéquation des prestations minimales, et à améliorer les possibilités des personnes de se débrouiller de manière indépendante, de vivre dans une communauté et de participer à la société. Le plan vise également à garantir des services sociaux de qualité qui favorisent l'autonomie et des structures de soins qui répondent aux besoins des personnes.

Comme nous l'avons mentionné dans notre rapport, le comité du plan de développement de l'aide sociale, composé de représentants des partenaires sociaux, d'ONG actives dans le secteur social et d'autres ministères, a été créé pour diriger l'élaboration et la mise en œuvre des plans de développement de l'aide sociale et pour approuver les objectifs de développement, les mesures, les plans d'activité et les rapports annuels. Ce comité joue également le rôle d'organe consultatif concernant les priorités des Fonds structurels dans les domaines de l'inclusion sociale et de l'accès au marché du travail.

Le plan de développement social 2016-2023 comprend des objectifs visant à réduire le taux de pauvreté relative à 15 % et le taux de pauvreté absolue à 5,8 % d'ici 2023. Dans le nouveau plan de développement social 2023-2030, nous prévoyons de fixer des objectifs pour réduire le nombre de personnes menacées de pauvreté ou d'exclusion sociale de 39 000 personnes et le taux d'enfants menacés de pauvreté et d'exclusion sociale de 13 000 personnes d'ici 2030.

Ces dernières années, le taux de pauvreté relative en Estonie s'est situé autour de 21-22 % et le taux de pauvreté absolue était de 2,2 % en 2020. Tant la pauvreté relative que la pauvreté absolue menacent le plus les chômeurs et les familles dont un seul membre travaille. Outre les chômeurs, ce sont les femmes qui sont le plus menacées par la pauvreté relative, en particulier les femmes âgées qui vivent seules.

Avec l'augmentation progressive du salaire minimum, l'allocation de chômage et l'indemnité minimale d'assurance chômage ont toutes deux augmenté. En outre, en 2020, des amendements ont été apportés à la loi sur l'assurance chômage et à la loi sur les services et prestations du marché

du travail, qui ont augmenté les taux de l'allocation de chômage et de l'indemnité d'assurance chômage. L'Estonie modifie les principes du système d'assurance chômage afin d'accroître la flexibilité du système d'allocations de chômage et d'offrir aux chômeurs une meilleure protection sociale dans une situation plus difficile sur le marché du travail. À l'avenir, la durée des prestations d'assurance chômage sera liée aux cycles économiques. Si le taux de chômage, qui reflète la situation économique, est élevé, l'allocation d'assurance chômage sera prolongée. L'allocation d'assurance chômage peut être prolongée jusqu'à 120 jours civils.

L'adéquation des pensions et la viabilité financière du système de retraite sont analysées tous les cinq ans - la prochaine analyse sera achevée à la fin de cette année (2022). L'indexation annuelle des pensions a constamment augmenté la pension de vieillesse de l'Estonie. Pour prévenir le risque de pauvreté des personnes âgées, la formule de calcul de la pension de vieillesse estonienne a été modifiée en 2021 de manière à protéger davantage les retraités à faible revenu (la part de la composante fondée sur la solidarité a été augmentée). En 2022, nous avons également augmenté l'aide supplémentaire pour les retraités vivant seuls en Estonie, car il s'agit d'un facteur de risque possible de pauvreté (de 115 € à 200 €).

Depuis le mois de juin de cette année, le niveau de subsistance est passé à 200 euros par mois pour une personne seule ou un premier membre de la famille et à 240 euros par mois pour chaque membre mineur de la famille. En 2022, le nombre de personnes bénéficiant de l'allocation de subsistance a augmenté de manière significative en raison des réfugiés qui sont arrivés en Estonie suite à l'agression de la Russie en Ukraine. En août 2022, 4141 familles comptant 9741 membres ayant bénéficié d'une protection internationale ont reçu une allocation de subsistance.

En outre, en 2022, des mesures ont été prises pour prévenir et atténuer la pauvreté énergétique et nous avons également redoublé d'efforts pour soutenir les familles - à cette fin, plusieurs augmentations des prestations familiales interviendront en 2023.

En ce qui concerne les services sociaux de lutte contre la pauvreté, nous disposons de services d'aide à l'autonomie, de services d'assistance alimentaire, de services de désendettement et de conseils aux personnes endettées, ainsi que de différents services du marché du travail pour aider les chômeurs".

389. Le président ouvre la discussion. Le représentant de l'Irlande déclare qu'il pense que la conclusion du CEDS est très claire, mais aussi que l'Estonie a un plan très élaboré qui est adéquat. Le représentant français a convenu qu'il existe des plans stratégiques en Estonie. Le Conseil d'administration prend note de la situation et invite l'Estonie à fournir des informations dans son prochain rapport.

ANNEXE I

Liste des participants

- (1) 144e réunion, hybride, 30 mai-3 juin 2022
(2) 145e réunion, hybride, 21-25 novembre 2022

Liste (1)

Liste des participants

Réunion - 30 mai - 3 juin 2022 / Réunion - 30 mai - 3 juin 2022
Forme hybride

MEMBERS / MEMBRES

ALBANIA <i>ALBANIE</i>	/	ADA BEGA Physically Specialist, Sektori i Marrëdhënieve të Punës dhe Dialogut Social Specialist, Labor Relations and Social Dialogue Sector Drejtoria Politikave të Punësimit dhe Aftësimit Directorate of Employment and Skills Policies Ministria e Financave dhe Ekonomisë Ministry of Finance and Economy (A): Blv. "Dëshmorët e Kombit", Nr. 3, Tiranë, Shqipëri (E): ada.bega@financa.gov.al (W): www.financa.gov.al	E
ANDORRA <i>ANDORRE</i>	/	M. Joan Carles VILLAVERDE Online Head of the Care Service to Individuals and Families, Social Affairs Department, Ministry of Social Affairs, Justice and Interior, Av. Príncipe Benlloch, 30, 4t Edif. Clara Rabassa, AD500 Andorra la Vella, Principat d'Andorra Tel. + 376 874800 - Fax + 376 829347 JoanCarles_Villaverde@govern.ad Ms Aida LLORENS Online Juriste attachée au Ministère des Affaires sociales, du Logement et de la Jeunesse, Av. Princep Benlloch, 30, 4t Edif. Clara Rabassa, AD500 Andorra la Vella, Principat d'Andorra Tel. +376 874800 Fax. +376 829347 Aida_Llorens@govern.ad	F F
ARMENIA <i>ARMENIE</i>	/	Ms Viktorya AYDINYAN Physically Advisor to the RA Minister of Labour and Social Affairs Ministry of Labour and Social Affairs of the Republic of Armenia 3, Government building 0010 Yerevan, Armenia Tel.: (374) 10 58 16 80, viktorya.aydinyan@mlsa.am	E

AUSTRIA <i>AUTRICHE</i>	<p>Martina SCHWAIGER E Physically Federal Ministry of Labour European and International Social Policy and Labour Law Postal Address: Taborstraße 1-3-, 1020 Vienna, Austria Office: Favoritenstraße 7, 1040 Vienna, Austria Martina.Schwaiger@bma.gv.at</p> <p>Katrin EGLSEER E Online Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection Social Security Katrin.Eglseer@sozialministerium.at</p>
AZERBAIDJAN <i>/ AZERBAÏJAN</i>	<p>Ms. Svetlana POPOVA E Online Deputy Head of International Relations Department, Ministry of Labour and Social Protection of Population of the Republic of Azerbaijan svetlana.popova@social.gov.az</p>
BELGIUM <i>BELGIUM</i>	<p>M. Ylber ZEJNULLAHU F Physically Attaché Juriste -SPF Sécurité sociale Belge, Centre Administratif Botanique - Finance Tower, Boulevard du Jardin Botanique 50 boîte 135, 1000 Bruxelles Tél.: +32 (0) 252 86 744 Gsm: 0032 470 13 09 62 Ylber.Zejnullahu@minsoc.fed.be</p> <p>Virginie VAES F Online Attaché- International Relations and Socio-Economic Studies Division Directorate General for Humanisation of Labour FPS Employment, Labor and Social Dialogue Ernest Blerotstraat 1/ Rue Ernest Blerot 1 1070 Brussels Tel. +32 223 346 83 virginie.vaes@employment.belgium.be</p>
BOSNIA AND HERZEGOVINA <i>/ BOSNIE-HERZÉGOVINE</i>	<p>Ms Ajla NANIĆ E Physically Ministarstvo za ljudska prava i izbjeglice Bosne i Hercegovine Trg Bosne i Hercegovine 1, 71000 Sarajevo Tel +387 (0)33 703 965 fax: +387 (0)33 206 655 E-mail: ajla.nanic@mhrr.gov.ba Web: www.mhrr.gov.ba</p>
BULGARIA / BULGARIE	<p>Mr Aleksandar EVTIMOV E Physically State expert, Directorate for European Affairs and International Cooperation, Ministry of Labour and Social Policy,2, Triaditsa Str., BG-1051 Sofia phone/fax: +359/2/981 53 76 E-mail: alexander.evtimov@mlsp.government.bg</p>

CROATIA <i>CROATIE</i>	/	Ms Iva MUSIĆ ORESKOVIC Physically Directorate General for Labour; Sector for collective labour relations and international cooperation in the field of labour Department for international cooperation in the field of labour Ulica grada Vukovara 78, HR- 10 000 Zagreb, Croatia Phone: +385 1 6109840, mobile: +385 99 8288111 iva.music@mrosp.hr	E
CYPRUS <i>CHYPRE</i>	/	Ms Natalia ANDREOU PANAYIOTOU Physically Coordinator European and International Affairs Unit Administratio Ministry of Labour, Welfare and Social Insurance – 1096 Lefkosia, CYPRUS Tel: +357 22401820; Fax:+357 / 22670993 nandreou@mlsi.gov.cy	E
CZECH REPUBLIC <i>RÉPUBLIQUE TCHÈQUE</i>	/	Mr Robert KOPECKÝ Physically EU and International Cooperation, Ministry of Labour and Social Affairs Na Poříčním právu 1, 128 01 Prague, Czech Republic robert.kopecky@mpsv.cz	E
DENMARK / DANEMARK		Torben Arnholt LORENTZEN Online and Physically from 31st May -- Specialkonsulent – Ministry of Employment, Holmens Kanal 20 1060 Copenhagen T +45 72 20 50 00 bm@bm.dk www.bm.dk tlo@bm.dk	E
ESTONIA <i>ESTONIE</i>	/	Agni AAV Online Adviser European Union Affairs and International Co-operation Department Ministry of Social Affairs, Estonia (+372) 6269 281 agni.aav@sm.ee	E
FINLAND <i>FINLANDE</i>	/	Ms Riitta-Maija JOUTTMÄKI Online Senior Ministerial Adviser Ministry of Social Affairs and Health of Finland Tel +358295163383 riitta-maija.jouttimaki@stm.fi Postal address: PO Box 33, FI-00023 Government, Finland	E
FRANCE <i>FRANCE</i>	/	Ms Julie GOMIS Physically Bureau international Travail,Emploi, Affaires sociales,Droits de l'homme (DAE13) Ministère des Solidarités et de la Santé,Ministère du Travail	F

	10, place des cinq martyrs du lycée Buffon 75015 PARIS – Pièce 1102 Phone: +33 (0) 1 40 56 81 13 julie.gomis@sg.social.gouv.fr	
GEORGIA <i>GEORGIE</i>	Ms Lika KLIMIASHVILI Physically Head of Labour and Employment Policy and Collective Labour Disputes Division, Policy Department Ministry of Internally Displaced Persons from the Occupied Territories, Labour, Health and Social Affairs of Georgia Cell: +995 (595) 97 77 44 iklimiashvili@moh.gov.ge	E
GERMANY <i>ALLEMAGNE</i>	Mrs. Martina WICHMANN-BRUCHE Online Head of Division OECD, OSCE, Council of Europe, ESF- and EHAP-Certifying Authority Federal Ministry of Labour and Social Affairs Französische Straße 9 10117 Berlin + 49-3018527-6657 + 49-15143279148 martina.wichmann-bruche@bmas.bund.de	E
	Mrs. Ulrike THIEL Online Counsellor OECD, OSCE, Council of Europe, ESF- and EHAP-Certifying Authority Federal Ministry of Labour and Social Affairs Französische Straße 9 10117 Berlin ulrike.thiel@bmas.bund.de	E
	Viewers	
	Olivia Alvano Online Trainee olivia.alvano@bmas.bund.de	E
	Celina Kurtseifer Online Trainee celina.kurtseifer@bmas.bund.de	E
GREECE <i>GRECE</i>	Paraskevi KAKARA Physically Official, Ministry of Employment and Social Protection, Directorate of International Relations, Greece pkakara@ypakp.gr	E
	Mrs. Panagiota GKOVA Online	E

	<p>Chief of Department Bilateral Agreements and Relations with International Organizations Greece Email: pgkova@ypakp.gr</p> <p>Mr. Georgios VAGENAS E Online Administrative officer of the Department Bilateral Agreements and Relations with International Organizations Greece Email: gvayenas@ypakp.gr</p>
HUNGARY <i>HUNGARY</i> /	<p>Dr. Ildikó PÁKOZDI E Physically Head of Department Department for Multilateral Relations, Ministry of Human Capacities 1054 Budapest, Széchenyi tér 7-8. Tel: (+36) 1 795 4339 ildiko.pakozdi@emmi.gov.hu</p>
ICELAND <i>ISLANDE</i> /	<p>Mrs. Eva Margrét KRISTINSDÓTTIR E Online Senior Legal Advisor Ministry of Social Affairs and Labour Skógarhlíð 6 - 105 Reykjavík PHONE: 545 8100 eva.margret@frn.is</p> <p>Mr. Tryggvi HARALDSSON E Online Senior Advisor Directorate of Labour tryggvi.haraldsson@frn.is</p>
IRELAND <i>IRLANDE</i> /	<p>Ms Aongus HORGAN E Physically Department of Employment Affairs & Social Protection, Gandon House, Amiens Street, Dublin 1 Tel: +353 877991906 aongus.horgan@welfare.ie</p> <p>Seamus MCCARTHY Online Higher Executive Officer EPSCO ILO Council of Europe Unit Seamus.McCarthy@enterprise.gov.ie</p>
ITALY / <i>ITALY</i>	<p>Caterina FRANCOMANO E Online Ministry of labour and social policies – Directorate General for social security and insurance policies Head of unit Working language: <i>English</i> CFrancomano@lavoro.gov.it</p>

	<p>Carlo TEDESCHI E Online Ministry of labour and social policies – Directorate General for social security and insurance policies Officer Working language: <i>English</i> CTedeschi.ext@lavoro.gov.it</p> <p>Ivano MEROLLI E Online Ministry of labour and social policies - Directorate General of working conditions Officer imerolli@lavoro.gov.it</p>
LATVIA <i>LETTONIE</i>	<p>Ms Velga LAZDINA-ZAKA E Physically Ministry of Welfare, Social Insurance Department 28 Skolas Street, Riga, LV-1331, Latvia Tel.: (+371) 67021554 velga.lazdina-zaka@lm.gov.lv</p>
LITHUANIA <i>LITUANIE</i>	<p>Ms Jūratė BAUBLIENĖ E Online Adviser Strategic Decisions Support and International Cooperation Group Ministry of Social Security and Labour A. Vivulskio st. 11 03610 Vilnius, Lithuania socmin.lrv.lt M +370 659 24812 E-mail: jurate.baubliene@socmin.lt</p>
LUXEMBOURG	<p>M Joseph FABER F Physically Conseiller de direction de première classe LE GOUVERNEMENT DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Économie sociale et solidaire 26, rue Sainte-Zithe . L-2763 Luxembourg Adresse postale : L-2939 Luxembourg Tél. (+352) 247-86244 michele.toussaint@mt.etat.lu www.mte.public.lu . www.gouvernement.lu . www.luxembourg.lu</p> <p>Sara CARDOSO BORGES E Physically LE GOUVERNEMENT DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG Ministère de la Sécurité sociale Inspection générale de la sécurité sociale 26, rue Zithe . L-2763 Luxembourg B.P. 1308 . L-1013 Luxembourg Sara.CardosoBorges@igss.etat.lu</p> <p>Ms. Michèle TOUSSAINT F Online</p>

	<p>Conseiller Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Economie sociale et solidaire, 26 rue Zithe, L - 2939 LUXEMBOURG Tel: (+352) 247-86244 Fax: +352 247 86191 E-mail : michele.toussaint@mt.etat.lu</p>	
MALTA / MALTE	<p>Mr Edward BUTTIGIEG Physically Director, Contributory Benefits, Department of Social Security 38 Ordnance Street, Valletta VLT2000, Malta Tel: 00356 2590 3224 edward.buttigieg@gov.mt</p>	E
REPUBLIC OF MOLDOVA / REPUBLIQUE DE MOLDOVA	<p>Ms Anna GHERGANOVA Head of employment policy and regulation of migration department Ministry of Health, Labour and Social Protection of Republic of Moldova Tel: + 373 22 262126 anna.gherganova@social.gov.md</p>	E
MONTENEGRO MONTENEGRO	<p>Ms Larisa ZORONJIC Physically Senior adviser Department for Labour relations, public officer responsible for activities related to reporting on the implementation of the European Social Charter Revised. larisa.zoronjic@mek.gov.me also use as emails 'jevrosima.pejovic@mek.gov.me'; 'larisa.zoronjic@mek.gov.me'; 'kabinetmer@mek.gov.me'</p> <p>Ms Jevrosima PEJOVIĆ Physically Director General of the Directorate for Labour and Employment 'jevrosima.pejovic@mek.gov.me'</p>	E
NETHERLANDS / PAYS-BAS	<p>Ms KALDEN Yvette Physically Ministry of Social Affairs and Employment, Directorate of International Affairs, Postbus 90801, 2509 LV The Hague, the Netherlands Tel 0031 646818759 YKalden@minszw.nl</p>	E
NORTH MACEDONIA / MACEDOINE DU NORD	<p>Mr Darko DOCHINSKI Physically Deputy Head of the Labour Law & Employment Policy Department, Ministry of Labour and Social Policy Dame Gruev, 14, 1000 Skopje Tel.: + 389 75 359 893 ddocinski@mtsp.gov.mk</p>	E
NORWAY / NORVÈGE	<p>Trond RAKKESTAD Online Senior Adviser Working Environment and Safety Department Mobile: +47 40 22 04 88 Telephone: +47 22 24 84 34 Office address: Akersgata 64, Oslo Trond.Rakkestad@aid.dep.no</p>	E

		Mr Erik DÆHLI	E
		Online Deputy Director, Pension Department Norwegian Ministry of Labour and Social Affairs Email Erik.dahli@asd.dep.no	
POLAND <i>POLOGNE</i>	/	Ms Joanna MACIEJEWSKA	F
		Online Département de la Coopération Internationale Ministère de la Famille et de la Politique Sociale, ul. Nowogrodzka 1/3, 00-513 VARSOVIE, Pologne Tel. +48 538 117 804 Joanna.Maciejewska@mrpips.gov.pl	
PORTUGAL/ <i>PORTUGAL</i>		Ms Rute GUERRA	E
		Online Sous Directrice Générale GEP – Gabinete de Estratégia e Planeamento Praça de Londres, 2 - 5º - 1049-056 - Lisboa rute.guerra@gep.mtsss.pt	
		Mr Rui FONSECA	E
		Online Rui.P.Fonseca@seg-social.pt	
		Maria Conceição G. SOUSA	E
		Online Chefe de Divisão DRI - Divisão de Relações Internacionais Largo do Rato, 1 - 1269-144 - Lisboa Tel: (+351) 21 595 29 90 Maria.C.Sousa@seg-social.pt	
ROMANIA <i>ROUMANIE</i>	/	Ms. Andrada Mihaela TRUȘCĂ	E
		Physically Senior Counselor, General Directorate for European Affairs and International Relations Ministry of Labor and Social Solidarity Dem I. Dobrescu Street, no. 2-4, Bucharest, Romania, 010026, Tel: +4 021 312 13 17 (782) E-mail: andrada.trusca@mmuncii.gov.ro	
SERBIA <i>SERBIE</i>	/	Ms Dragana SAVIĆ	E
		Physically Head of Group for International Cooperation and European Integration, Department for International Cooperation, European Integration and Project Management, Ministry of Labour, Employment, Veterans and Social Affairs, - Nemanjina St. 22-26, Belgrade Tel.: + 381 11 36 16 261; Mob.:+ 381 64 22 12 485 dragana.savic@minrzs.gov.rs	
SLOVAKIA/ <i>SLOVAQUIE</i>		Lukáš BERINEC	E
		Physically	

	<p>Department of International Relations and European Affairs Ministry of Labour, Social Affairs and Family of the Slovak Republic Špitálska 4, 6, 8 816 43 Bratislava tel: +421 2 2046 1618 fax: +421 2 5443 1623 e – mail: lukas.berinec@employment.gov.sk</p>
<p>SLOVENIA / SLOVENIE</p>	<p>Ms Klavdija MIHELJ KORENIKA E Online Labour Relation and Labour Rights Directorate, Ministry of Labour, Family, Social Affairs and Equal Opportunities Štukljeva cesta 44, 1000 Ljubljana, Slovenia Klavdija.Mihelj-Korenika@gov.si</p> <p>Ms Katja RIHAR BAJUK E Physically – 30th -31st May Director-General (Labour Relations and Labour Rights Directorate) Ministry of Labour, Family, Social Affairs and Equal Opportunities Štukljeva cesta 44, 1000 Ljubljana, Slovenia T: +386 1 369 78 01 Katja.Rihar-Bajuk@gov.si</p>
<p>SPAIN / ESPAGNE</p>	<p>Mr Francisco Javier MARCO CUEVAS E Online and Physically from 31/05 Technical Adviser Vice Directorate of Social International Relations Ministry of Labour and the Social Economy Calle María de Guzmán, 52. 28003 Madrid Tel: +34913633711 javier.marco@mites.gob.es</p> <p>Ms Matilde VIVANCOS PELEGRIN E Online Counselor of the International Area Cabinet of the Secretary of State of Social Security Ministry of Inclusion, Social Security and Migration matilde.vivancos@seg-social.es</p> <p>Alberto BARRANCO Online Director of the Technical Office of the General Secretary of Objectives and Policies of Inclusion and Social Security Ministry of Inclusion, Social Security and Migration alberto.barranco@inclusion.gob.es</p>

<p>SWEDEN <i>SUÈDE</i></p>	<p>Lina FELTWALL E Online and Physically from 1st June Deputy Head of Department, Senior Advisor Ministry of Employment, Division for EU and International Affairs 103 33 Stockholm, Sweden Mob. +46 (0) 70 212 91 92 lina.feltwall@gov.se</p> <p>Johanna ÅSTRÖM Online Ministry of Health and Social Affairs johanna.astrom@regeringskansliet.se www.government.se</p> <p>Kristoffer LUNDBERG Online Ministry of Health and Social Affairs Kristoffer.lundberg@regeringskansliet.se www.government.se</p>
<p>TURKEY <i>TÜRKIYE</i></p>	<p>M Selmin ŞENEL E Physically Representative of Turkey to the Governmental Committee of the European Social Charter and European Code of social security selmin.senel@ailevecalisma.gov.tr selmin.senel@ailevecalisma.gov.tr</p>
<p>UKRAINE <i>UKRAINE</i></p>	<p>Alina ORLOVA Online Excused due to current country situation a.a.orlova@mlsp.gov.ua</p>
<p>UNITED KINGDOM <i>ROYAUME-UNI</i></p>	<p>Shelley FULLER E Physically - 30th May to 1st June Head of International Engagement International Engagement International Strategy Division Department for Work and Pensions Level 1-E, Caxton House, Tothill Street, London SW1H 9NA, United Kingdom SHELLEY.FULLER@DWP.GOV.UK</p> <p>Mr Kevin CODA E Physically – 30th May to 1st June Policy Adviser International Engagement International Strategy Division Department for Work and Pensions Level 1-E, Caxton House, Tothill Street, London SW1H 9NA, United Kingdom kevin.coda@dwp.gov.uk</p> <p>Natalie WILLIAMSON Online Policy Adviser International Engagement International Strategy Division Department for Work and Pensions Floor 1 Kings Court , Sheffield , S3 7UF, United Kingdom Mob +44 (0)7584 335 689 Email: natalie.williamson@dwp.gov.uk</p>

PARTICIPANTS / PARTICIPANTS

LIECHTENSTEIN	Mr /M xxxx [position / fonction Department – directorate / Service - direction Institution / institution]
MONACO	Mr /M xxxx [position / fonction Department – directorate / Service - direction Institution / institution]
SAN MARINO / SAINT MARIN	Mr /M xxxx [position / fonction Department – directorate / Service - direction Institution / institution]
SWITZERLAND / SUISS	<p>Ms Claudina MASCETTA Physically Chef de secteur, Département fédéral de l'intérieur DFI, Office fédéral des assurances sociales OFAS, Affaires internationales, Secteur Organisations internationales, Effingerstrasse 20, CH-3003 Berne Tél. +41 58 462 91 98, Fax +41 58 462 37 35 E-mail: claudina.mascetta@bsv.admin.ch</p> <p>Mme Valérie RUFFIEUX Physically F Juriste, Suppléante de la chef de secteur Département fédéral de l'intérieur DFI Office fédéral des assurances sociales OFAS Affaires internationales INT - Organisations internationales OI Effingerstrasse 20 - CH - 3003 Berne tél. +41 (0) 58 463 39 40 valerie.ruffieux@bsv.admin.ch www.ofas.admin.ch</p>

OBSERVERS / OBSERVATEURS

ETUC /	Mr Stefan CLAUWAERT Physically ETUC Senior Legal and Human Rights Advisor European Trade Union Confederation Bd du Roi Albert II, 5 1210 Brussels Belgium Tel:+32/2/224.05.04 sclauwaert@etuc.org
BUSINESSEUROPE / RESEAU EUROPEEN	Mr /M xxxx [position / fonction Department – directorate / Service - direction Institution / institution]

<p>INTERNATIONAL LABOUR ORGANISATION (ILO) / BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL (BIT)</p>	<p>Emmanuelle St-Pierre GUILBAULT Online Legal Standards Specialist International Labour Standards Department 4, route des Morillons CH-1211 Geneva 22 Switzerland Tel: +41 22 799 6313 E-mail: st-pierre@ilo.org</p> <p>Svetlana MANDZHIEVA Physically Legal Specialist International Labour Office Rte des Morillons 4, 1211 Genève, Switzerland mandzhieva@ilo.org</p> <p><u>Christina BEHRENDT</u> <u>Online</u> Head, Social Policy Unit, ILO Social Protection Department behrendt@ilo.org</p> <p>Kroum MARKOV Online Social Protection Policy Specialist ILO markov@ilo.org</p>
<p>WORLD ORGANISATION FOR ANIMAL HEALTH (OIE) / ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ ANIMALE</p>	<p>Luis Rodrigo MORALES Morales@ioe-emp.com</p>

INTERPRETERS / INTERPRETES

<p>Barbara GRUT - grut@fastmail.co.uk</p>	
<p>Didier JUNGLING - djungling@hotmail.com</p>	

SECRÉTARIAT / SECRÉTARIAT

DEPARTMENT OF THE EUROPEAN SOCIAL CHARTER AND THE EUROPEAN CODE OF SOCIAL SECURITY / SERVICE DE LA CHARTE SOCIALE EUROPÉENNE ET DU CODE EUROPÉEN DE SÉCURITÉ SOCIALE

M. Jan MALINOWSKI , Head of Department / Chef de Service	+33 (0)3 88 41 28 92 jan.malinowski@coe.int
M. Henrik KRISTENSEN , Deputy Head of Department / Chef de Service adjoint	+33 (0)3 88 41 39 47 henrik.kristensen@coe.int
Mme Amaya UBEDA DE TORRES Administrator/Administrateur	+33 (0)3 88 41 55 90 Amaya.UBEDA@coe.int
Ms Lucja MIARA Administrator/Administrateur	+33 (0)3 88 41 52 70 lucja.miara@coe.int
Mme Anna KUZNETSOVA , Administrator/Administrateur	+33 (0)3 90 21 54 12 anna.kuznetsova@coe.int
Mme Niamh CASEY Administrator/Administrateur	+33 (0)3 88 41 39 35 niamh.casey@coe.int
Mme Teba CRIADO FIUZA Project Assistant/ Assistant de Projet Finances, billets prépayés	+33 (0)3 90 21 47 89 teba.criado-fiuza@coe.int

Liste (2)

Liste des participants

145th réunion du Comité gouvernemental

21-25 novembre 2022

hybride

MEMBERS / MEMBRES

ALBANIA / ALBANIE	<p>Ms. Genta PRODANI E Head of Employment and Migration Policies Sector Ministry of Finances and Economy (A): Blv. "Dëshmorët e Kombit", Nr. 3, Tiranë, Shqipëri (W): www.financa.gov.al Genta.Prodani@financa.gov.al</p> <p>ADA BEGA E Specialist, Sektori i Marrëdhënieve të Punës dhe Dialogut Social Specialist, Labor Relations and Social Dialogue Sector Drejtoria Politikave të Punësimit dhe Aftësimit Directorate of Employment and Skills Policies Ministria e Financave dhe Ekonomisë Ministry of Finance and Economy (A): Blv. "Dëshmorët e Kombit", Nr. 3, Tiranë, Shqipëri (E): ada.bega@financa.gov.al (W): www.financa.gov.al</p>
ANDORRA / ANDORRE	<p>M. Joan Carles VILLAVERDE F Online Head of the Care Service to Individuals and Families, Social Affairs Department, Ministry of Social Affairs, Justice and Interior, Av. Príncep Benlloch, 30, 4t Edif. Clara Rabassa, AD500 Andorra la Vella, Principat d'Andorra Tel. + 376 874800 - Fax + 376 829347 JoanCarles_Villaverde@govern.ad</p> <p>Ms Aida LLORENS F Online</p>

	<p>Juriste attachée au Ministère des Affaires sociales, du Logement et de la Jeunesse, Av. Princep Benlloch, 30, 4t Edif. Clara Rabassa, AD500 Andorra la Vella, Principat d'Andorra Tel. +376 874800 Fax. +376 829347 Aida_Llorens@govern.ad</p>
ARMENIA / ARMENIE	<p>Mr. Ruben ELAMIRYAN E Physically Acting Head of Foreign Relations Department Ministry of Labour and Social Affairs of Armenia 3, Government building 0010 Yerevan, Armenia tel. +374 55777095 ruben.elamiryan@mlsa.am</p> <p>Ms Viktorya AYDINYAN E Advisor to the RA Minister of Labour and Social Affairs Ministry of Labour and Social Affairs of the Republic of Armenia 3, Government building 0010 Yerevan, Armenia Tel.: (374) 10 58 16 80, viktorya.aydinyan@mlsa.am</p>
AUSTRIA / AUTRICHE	<p>Laura CHRISTANDL E Physically Federal Ministry of Labour and Economy European and International Social Policy and Labour Law Favoritenstraße 7, 1040 Vienna, Austria Tel: +43 1 71100-630718 laura.christandl@bmaw.gv.at</p> <p>Katrin EGLSEER E Online Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection Social Security Katrin.Eglseer@bma.gv.at</p> <p>Martina SCHWAIGER E Federal Ministry of Labour European and International Social Policy and Labour Law Postal Address: Taborstraße 1-3-, 1020 Vienna, Austria Office: Favoritenstraße 7, 1040 Vienna, Austria Martina.Schwaiger@bma.gv.at</p> <p>Christine HOLZER E christine.holzer@sozialministerium.at</p> <p>Elisabeth FLORUS E elisabeth.florus@bmaw.gv.at</p>
AZERBAIDJAN / AZERBAÏJAN	<p>Ms. Svetlana POPOVA E Physically Deputy Head of International Relations Department, Ministry of Labour and Social Protection of Population of the Republic of Azerbaijan svetlana.popova@sosial.gov.az</p>

BELGIUM / BELGIUM	<p>M. Ylber ZEJNULLAHU F Physically Attaché Juriste -SPF Sécurité sociale Belge, Centre Administratif Botanique - Finance Tower, Boulevard du Jardin Botanique 50 boîte 135, 1000 Bruxelles Tél.: +32 (0) 252 86 744 Gsm: 0032 470 13 09 62 Ylber.Zejnullahu@minsoc.fed.be</p> <p>Virginie VAES F Online Attaché- International Relations and Socio-Economic Studies Division Directorate General for Humanisation of Labour FPS Employment, Labor and Social Dialogue Ernest Blerotstraat 1/ Rue Ernest Blerot 1 1070 Brussels Tel. +32 223 346 83 virginie.vaes@employment.belgium.be</p>
BOSNIA AND HERZEGOVINA / BOSNIE-HERZÉGOVINE	<p>Ms Ajla NANIĆ E Physically Ministarstvo za ljudska prava i izbjeglice Bosne i Hercegovine Trg Bosne i Hercegovine 1 71000 Sarajevo Tel +387 (0)33 703 965 fax: +387 (0)33 206 655 E-mail: ajla.nanic@mhrr.gov.ba Web: www.mhrr.gov.ba</p>
BULGARIA / BULGARIE	<p>Mr Aleksandar EVTIMOV E Online State expert, Directorate for European Affairs and International Cooperation, Ministry of Labour and Social Policy,2, Triaditsa Str., BG-1051 Sofia phone/fax: +359/2/981 53 76 E-mail: alexander.evtimov@mlsp.government.bg</p>
CROATIA / CROATIE	<p>Ms Iva MUSIĆ ORESKOVIC E Physically Directorate General for Labour; Sector for collective labour relations and international cooperation in the field of labour Department for international cooperation in the field of labour Ulica grada Vukovara 78, HR- 10 000 Zagreb, Croatia Phone: +385 1 6109840, mobile: +385 99 8288111 iva.music@mrosp.hr</p>
CYPRUS / CHYPRE	<p>Ms Natalia ANDREOU PANAYIOTOU E Physically Coordinator European and International Affairs Unit Administratio Ministry of Labour, Welfare and Social Insurance – 1096 Lefkosia, CYPRUS Tel: +357 22401820; Fax:+357 / 22670993 nandreou@mlsi.gov.cy</p>
CZECH REPUBLIC / RÉPUBLIQUE TCHÈQUE	<p>Mr Robert KOPECKÝ E Physically EU and International Cooperation, Ministry of Labour and Social Affairs Na Poříčním právu 1, 128 01 Prague, Czech Republic Ph.: +420 950 19 3390 GSM: +420 778 741 358</p>

	robert.kopecky@mpsv.cz
DENMARK / DANEMARK	<p>Kirstine Johanne Vestergaard WICHMAND E Physically Fuldmægtig Internationalt kontor Ministry of Holmens Kanal 20 1060 Employment Copenhagen T +45 72 20 50 00 bm@bm.dk www.bm.dk kjw@bm.dk</p> <p>Torben Arnholt LORENTZEN E -- Specialkonsulent -- Ministry of Holmens Kanal 20 1060 Employment Copenhagen T +45 72 20 50 00 bm@bm.dk www.bm.dk tlo@bm.dk</p>
ESTONIA / ESTONIE	<p>Agni AAV E Physically Adviser European Union Affairs and International Co-operation Department Ministry of Social Affairs Estonia (+372) 6269 281 agni.aav@sm.ee</p>
FINLAND / FINLANDE	<p>Ms Riitta-Maija JOUTTMÄKI E Online Senior Ministerial Adviser Ministry of Social Affairs and Health of Finland Tel +358295163383 riitta-maija.jouttimaki@stm.fi Postal address: PO Box 33, FI-00023 Government, Finland</p>
FRANCE / FRANCE	<p>Ms Julie GOMIS F Physically Bureau international Travail, Emploi, Affaires sociales, Droits de l'homme (DAE13) Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère du Travail 10, place des cinq martyrs du lycée Buffon 75015 PARIS – Pièce 1102 Phone: +33 (0) 1 40 56 81 13 julie.gomis@sg.social.gouv.fr</p>
GEORGIA / GEORGIE	<p>Ms Lika KLIMIASHVILI E Physically Head of Labour and Employment Policy and Collective Labour Disputes Division, Policy Department Ministry of Internally Displaced Persons from the Occupied Territories, Labour, Health and Social Affairs of Georgia Cell: +995 (595) 97 77 44 lklimiashvili@moh.gov.ge</p>
GERMANY / ALLEMAGNE	<p>Mrs. Martina WICHMANN-BRUCHE E Online Head of Division OECD, OSCE, Council of Europe, ESF- and EHAP-Certifying Authority Federal Ministry of Labour and Social Affairs Französische Straße 9</p>

	<p>10117 Berlin + 49-3018527-6657 + 49-15143279148 martina.wichmann-bruche@bmas.bund.de</p> <p>Mrs. Ulrike THIEL E Online OECD, OSCE, Council of Europe, ESF- and EHAP-Certifying Authority Federal Ministry of Labour and Social Affairs Französische Straße 9 10117 Berlin ulrike.thiel@bmas.bund.de</p> <p>Marian LUNNEBACH Online Legal trainee Marian.Lunnebach@bmas.bund.de</p>
GREECE / GRECE	<p>Paraskevi KAKARA E Physically Official, Ministry of Employment and Social Protection, Directorate of International Relations, Greece Department of Relations with International Organisations Tel.: 0030 2103256035 pkakara@ypakp.gr</p> <p>Mrs. Panagiota GKOVA E Chief of Department Bilateral Agreements and Relations with International Organizations Greece Email: pgkova@ypakp.gr</p> <p>Mr. Georgios VAGENAS E Administrative officer of the Department Bilateral Agreements and Relations with International Organizations Greece Email: gvayenas@ypakp.gr</p>
HUNGARY / HUNGARY	<p>Dr. Ildikó PÁKOZDI E Physically Head of Department Department for European Health, Social and Educational Affairs 1051 Budapest, József Attila u. 2-4 Tel: +36 1 999-4355; +36 30 830 5717 ildiko.pakozdi@bm.gov.hu</p>
ICELAND / ISLANDE	<p>Ingibjörg Sigríðar ELÍASDÓTTIR E Physically Legal Advisor Félags- og vinnumarkaðsráðuneytið / Ministry of Social Affairs and Labour Síðumúli 24, 108 Reykjavík, Iceland Sími / Tel: (+354) 545 8100 ingibjorg.eliasdottir@frn.is</p> <p>Mrs. Eva Margrét KRISTINSDÓTTIR E Senior Legal Advisor Ministry of Social Affairs and Labour Skógarhlíð 6 - 105 Reykjavík</p>

	<p>PHONE: 545 8100 eva.margret@frn.is</p> <p>Mr. Tryggvi HARALDSSON E Senior Advisor Directorate of Labour tryggvi.haraldsson@frn.is</p>
IRELAND / IRLANDE	<p>Ms Aongus HORGAN E Physically Department of Employment Affairs & Social Protection, Gandon House Amiens Street, Dublin 1 Tel: +353 877991906 aongus.horgan@welfare.ie</p> <p>Ms Dympna BOYLE E Physically Assistant Principal, EPSCO, ILO International Unit Coordinator of Ireland's national reports Department of Enterprise, Trade and Employment, 1 Earlsfort Centre, Lower Hatch Street, Dublin 2, D02 PW01 M +353 (0) 868390579 dympna.boyle@enterprise.gov.ie www.enterprise.gov.ie www.gov.ie</p> <p>Seamus MCCARTHY Higher Executive Officer EPSCO ILO Council of Europe Unit Coordinator of Ireland's national reports Seamus.McCarthy@enterprise.gov.ie</p> <p>Joe WILSON E Coordinator of Ireland's national reports joe.wilson@enterprise.gov.ie</p> <p>Stephen CURRAN E Coordinator of Ireland's national reports stephen.currant@enterprise.gov.ie</p>
ITALY / ITALY	<p>Ivano MEROLLI E Online Officer Ministry of Labour and social policies - Directorate General of working conditions imerolli@lavoro.gov.it DGRRapportiLavoroDiv2@lavoro.gov.it</p> <p>Caterina FRANCOMANO E Head of unit Ministry of Labour and social policies – Directorate General for social security and insurance policies CFrancomano@lavoro.gov.it</p>
LATVIA / LETTONIE	<p>Ms Velga LAZDIŅA-ZAKA E Physically Ministry of Welfare, Social Insurance Department 28 Skolas Street, Riga, LV-1331, Latvia Tel.: (+371) 67021554 velga.lazdina-zaka@lm.gov.lv</p>

LITHUANIA / LITUANIE	<p>Ms Jūratė BAUBLIENĖ E Physically Adviser Strategic Decisions Support and International Cooperation Group Ministry of Social Security and Labour A. Vivulskio st. 11 03610 Vilnius, Lithuania socmin.lrv.lt M +370 659 24812 E-mail: jurate.baubliene@socmin.lt</p>
LUXEMBOURG	<p>M Joseph FABER F Physically Conseiller de direction de première classe Le Gouvernement Du Grand-Duché De Luxembourg Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Économie sociale et solidaire 26, rue Sainte-Zithe . L-2763 Luxembourg Adresse postale : L-2939 Luxembourg Tél. (+352) 247-86244 michele.toussaint@mt.etat.lu www.mte.public.lu . www.gouvernement.lu . www.luxembourg.lu</p> <p>Ms. Michèle TOUSSAINT F Online Conseiller Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Economie sociale et solidaire, 26 rue Zithe, L - 2939 LUXEMBOURG Tel: (+352) 247-86244 Fax: +352 247 86191 E-mail : michele.toussaint@mt.etat.lu</p> <p>Sara CARDOSO BORGES F Le Gouvernement Du Grand-Duché De Luxembourg Ministère de la Sécurité sociale Inspection générale de la sécurité sociale 26, rue Zithe . L-2763 Luxembourg B.P. 1308 . L-1013 Luxembourg Sara.CardosoBorges@igss.etat.lu</p>
MALTA / MALTE	<p>Mr Edward BUTTIGIEG E Physically Director, Contributory Benefits, Department of Social Security 38 Ordnance Street, Valletta VLT2000, Malta Tel: 00356 2590 3224 edward.buttigieg@gov.mt</p>
REPUBLIC OF MOLDOVA / REPUBLIQUE DE MOLDOVA	<p>Ms Anna GHERGANOVA E Online Head of employment policy and regulation of migration department Ministry of Health, Labour and Social Protection of Republic of Moldova Tel: + 373 22 262126 anna.gherganova@social.gov.md</p>
MONTENEGRO MONTENEGRO	<p>Ms Larisa ZORONJIC E Physically Senior adviser Department for Labour relations, public officer responsible for activities related to reporting on the implementation of the European Social Charter Revised. larisa.zoronjic@mek.gov.me 'larisa.zoronjic@mek.gov.me'; 'kabinetmer@mek.gov.me'</p> <p>Marko ČIPOVIĆ E Physically</p>

	<p>Senior adviser in Labour Directorate, Ministry of Labour and Social Welfare 067/622-314 markocipovic@gmail.com marko.cipovic@mrs.gov.me</p> <p>Ms Jevrosima PEJOVIĆ E Director General of the Directorate for Labour and Employment 'jevrosima.pejovic@mek.gov.me'</p>
NETHERLANDS / PAYS-BAS	<p>Ms KALDEN Yvette E Physically Ministry of Social Affairs and Employment, Directorate of International Affairs, Postbus 90801, 2509 LV The Hague, the Netherlands Tel 0031 646818759 YKalden@minszw.nl</p>
NORTH MACEDONIA / MACEDOINE DU NORD	<p>Mr Darko DOCHINSKI E Physically Deputy Head of the Labour Law & Employment Policy Department, Ministry of Labour and Social Policy Dame Gruev, 14, 10 00 Skopje Tel.: + 389 75 359 893 ddocinski@mtsp.gov.mk</p>
NORWAY / NORVÈGE	<p>Ms Ingvild Heimland HENNI E Physically Adviser Working Environment and Safety Department Norwegian Ministry of Labour and Social Affairs Office address: Akersgata 64, Oslo Mobile phone : +47 93 27 94 57 Phone : +47 22 24 86 58 E-mail: Ingvild-Heimland.Henni@aid.dep.no</p> <p>Ms Ulrike Graf RUGTVEIT E Online Senior Adviser Norwegian Ministry of Labour and Social Affairs Phone: +47 22 24 88 19 Ulrike-Graf.Rugtveit@aid.dep.no</p> <p>Mr Erik DÆHLI E Deputy Director, Pension Department Norwegian Ministry of Labour and Social Affairs Email Erik.dahli@asd.dep.no</p>
POLAND / POLOGNE	<p>Ms Joanna MACIEJEWSKA F Physically Département de la Coopération Internationale Ministère de la Famille et de la Politique Sociale, ul. Nowogrodzka 1/3, 00-513 VARSOVIE, Pologne Tel. +48 538 117 804 joanna.maciejewska@mrpips.gov.pl</p>
PORTUGAL/ PORTUGAL	<p>Ms Rute GUERRA E Physically Sous Directrice Générale GEP – Gabinete de Estratégia e Planeamento Praça de Londres, 2 - 5º - 1049-056 - Lisboa rute.guerra@gep.mtsss.pt</p> <p>Mr Rui FONSECA E</p>

	<p>Rui.P.Fonseca@seg-social.pt</p> <p>Maria Conceição G. SOUSA E Chefe de Divisão DRI - Divisão de Relações Internacionais Largo do Rato, 1 - 1269-144 - Lisboa Tel: (+351) 21 595 29 90 Maria.C.Sousa@seg-social.pt</p>
ROMANIA / ROUMANIE	<p>Ms. Andrada Mihaela TRUȘCĂ E Physically Senior Counselor, General Directorate for European Affairs and International Relations Ministry of Labor and Social Solidarity Dem I. Dobrescu Street, no. 2-4, Bucharest, Romania, 010026, Tel: +4 021 312 13 17 (782) E-mail: andrada.trusca@mmuncii.gov.ro</p>
SERBIA / SERBIE	<p>Ms Dragana SAVIĆ E Physically Head of Group for International Cooperation and European Integration, Department for International Cooperation, European Integration and Project Management, Ministry of Labour, Employment, Veterans and Social Affairs, - Nemanjina St. 22-26, Belgrade Tel.: + 381 11 36 16 261; Mob.:+ 381 64 22 12 485 dragana.savic@minrzs.gov.rs</p>
SLOVAKIA/ SLOVAQUIE	<p>Lukáš BERINEC E Physically Department of International Relations and European Affairs Ministry of Labour, Social Affairs and Family of the Slovak Republic Špitálska 4, 6, 8 816 43 Bratislava tel: +421 2 2046 1618 fax: +421 2 5443 1623 e – mail: lukas.berinec@employment.gov.sk</p>
SLOVENIA / SLOVENIE	<p>Ms Klavdija MIHELJ KORENIKA E Online Labour Relation and Labour Rights Directorate, Ministry of Labour, Family, Social Affairs and Equal Opportunities Štukljeva cesta 44, 1000 Ljubljana, Slovenia Klavdija.Mihelj-Korenika@gov.si</p> <p>Ms Katja RIHAR BAJUK E Director-General (Labour Relations and Labour Rights Directorate) Ministry of Labour, Family, Social Affairs and Equal Opportunities Štukljeva cesta 44, 1000 Ljubljana, Slovenia T: +386 1 369 78 01 Katja.Rihar-Bajuk@gov.si</p>
SPAIN / ESPAGNE	<p>Mr Francisco Javier MARCO CUEVAS E Physically Technical Adviser</p>

	<p>Vice Directorate of Social International Relations Ministry of Labour and the Social Economy Calle María de Guzmán, 52. 28003 Madrid Tel: +34913633711 javier.marco@mites.gob.es</p> <p>Alberto BARRANCO E Online Director of the Technical Office of the General Secretary of Objectives and Policies of Inclusion and Social Security Ministry of Inclusion, Social Security and Migration Phone Number +34681157293 alberto.barranco@inclusion.gob.es</p> <p>Ms Matilde VIVANCOS PELEGRIN E Counselor of the International Area Cabinet of the Secretary of State of Social Security Ministry of Inclusion, Social Security and Migration matilde.vivancos@seg-social.es</p>
SWEDEN / SUÈDE	<p>Lina FELTWALL E Online and Physically from 22 Nov to 24 Nov Deputy Head of Departement, Senior Advisor Ministry of Employment Division for EU and International Affairs 103 33 Stockholm Sweden Mob. +46 (0) 70 212 91 92 lina.feltwall@gov.se</p> <p>Johanna ÅSTRÖM E Ministry of Health and Social Affairs www.government.se johanna.astrom@regeringskansliet.se</p>
TÜRKİYE / TÜRKİYE	<p>M Selmin ŞENEL E Physically Representative of Turkey to the Governmental Committee of the European Social Charter and European Code of social security Ministry of Labour and Social Security Ankara selmin.senel@ailevecalisma.gov.tr</p> <p>Mr. Mehmet GÜRDAL E Physically Assistant Labour Expert Ministry of Labour and Social Security Ankara mehmet.gurdal@csgb.gov.tr</p>
UKRAINE / UKRAINE	<p>Mr Yurii KORCHYNSKYI E Online Deputy head of the department of international cooperation of the Ministry of Social Policy of Ukraine Контакт +380 63 854 4501 tel. +38044 2893906 y.m.korchynskyi@mlsp.gov.ua</p>

UNITED KINGDOM / ROYAUME-UNI	<p>Natalie WILLIAMSON E Physically Policy Adviser International Engagement International Strategy Division Department for Work and Pensions Floor 1 Kings Court, Sheffield , S3 7UF, United Kingdom Mob +44 (0)7584 335 689 Email: natalie.williamson@dwp.gov.uk</p> <p>Samuel TYLER E Physically Multilateral Engagement Strategy, Council of Europe and UN Team Leader International Engagement Team DWP International Strategy Division UK Government Mobile: +44 (0) 7785 447135 samuel.tyler1@dwp.gov.uk</p> <p>Shelley FULLER E Physically Head of International Engagement International Engagement International Strategy Division Department for Work and Pensions Level 1-E, Caxton House, Tothill Street, London SW1H 9NA, United Kingdom SHELLEY.FULLER@DWP.GOV.UK</p> <p>Kevin CODA E Policy Adviser International Engagement International Strategy Division Department for Work and Pensions Level 1-E, Caxton House, Tothill Street, London SW1H 9NA, United Kingdom kevin.coda@dwp.gov.uk</p>
-------------------------------------	--

PARTICIPANTS / PARTICIPANTS

SUISSE / SUISS	<p>Mme Claudina MASCETTA F Chef de secteur, Département fédéral de l'intérieur DFI, Office fédéral des assurances sociales OFAS, Affaires internationales, Secteur Organisations internationales, Effingerstrasse 20, CH-3003 Berne Tél. +41 58 462 91 98, Fax +41 58 462 37 35 Courriel : claudina.mascetta@bsv.admin.ch</p> <p>Mme Valérie RUFFIEUX F Juriste, Suppléante de la chef de secteur Département fédéral de l'intérieur DFI Office fédéral des assurances sociales OFAS Affaires internationales INT - Organisations internationales OI Effingerstrasse 20 - CH - 3003 Berne tél. +41 (0) 58 463 39 40 valerie.ruffieux@bsv.admin.ch www.ofas.admin.ch</p>
-----------------------	--

OBSERVERS / OBSERVATEURS

ETUC /	Mr Stefan CLAUWAERT Physically ETUC Senior Legal and Human Rights Advisor European Trade Union Confederation Bd du Roi Albert II, 5 1210 Brussels Belgium Tel: +32/475/91.49.30 (Direct) // +32/475/60.15.01 (ETUC central number) sclauwaert@etuc.org
BUSINESSEUROPE / RESEAU EUROPEEN	Mr /M xxxx [position / <i>fonction</i> Department – directorate / <i>Service - direction</i> Institution / <i>institution</i>]
INTERNATIONAL LABOUR ORGANISATION (ILO) / BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL (BIT)	Emmanuelle St-Pierre GUILBAULT Online Legal Standards Specialist International Labour Standards Department 4, route des Morillons CH-1211 Geneva 22 Switzerland Tel: +41 22 799 6313 E-mail: st-pierre@ilo.org Svetlana MANDZHIEVA Physically Legal Specialist International Labour Office Rte des Morillons 4, 1211 Genève, Switzerland mandzhieva@ilo.org Christina BEHRENDT Online Head, Social Policy Unit, /ILO Social Protection Department behrendt@ilo.org Kroum MARKOV Online Social Protection Policy Specialist ILO markov@ilo.org
WORLD ORGANISATION FOR ANIMAL HEALTH (OIE) / ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ ANIMALE	Luis Rodrigo MORALES Morales@ioe-emp.com

INTERPRETERS / INTERPRETES

Mme Bettina LUDEWIG QUAINE	b.ludewig@aiic.net
Mme Corinne McGEORGE- MAGALLON	mcgeorgecorinne@orange.fr

SECRETARIAT / SECRÉTARIAT**DEPARTMENT OF THE EUROPEAN SOCIAL CHARTER AND THE EUROPEAN
CODE OF SOCIAL SECURITY / SERVICE DE LA CHARTE SOCIALE EUROPÉENNE
ET DU CODE EUROPÉEN DE SÉCURITÉ SOCIALE**

M. Jan MALINOWSKI , Head of Department / Chef de Service	+33 (0)3 88 41 28 92 jan.malinowski@coe.int
M. Henrik KRISTENSEN , Deputy Head of Department / Chef de Service adjoint	+33 (0)3 88 41 39 47 henrik.kristensen@coe.int
Mme Amaya UBEDA DE TORRES Administrator/Administrateur	+33 (0)3 88 41 55 90 Amaya.UBEDA@coe.int
Mme Lucja MIARA , Administrator/Administrateur	+33 (0)3 88 41 52 70 lucja.miara@coe.int
Mme Karolina KIRINCIC- ANDRITSOU Administrator/Administrateur	+33 (0)3 88 41 39 27 karolina.kirincic-androutsou@coe.int
Ms Niamh CASEY , Administrator/Administrateur	+33 (0)3 88 41 39 35 niamh.casey@coe.int
Loreta VIOIU , Administrator/Administrateur	+33 (0)3 88 41 32 53 loreta.vioiu@coe.int
Mme Teba CRIADO FIUZA Project Assistant/ Assistant de Projet	+33 (0)3 90 21 47 89 teba.criado-fiuza@coe.int

Annexe II

Tableau des signatures et ratifications

Les **dates sur fond bleu foncé correspondent** aux dates de signature ou de ratification de la Charte de 1961 ; les autres dates correspondent à la signature ou à la ratification de la Charte révisée de 1996.

* Etats dont la ratification est nécessaire pour l'entrée en vigueur du Protocole d'amendement de 1991. Dans la pratique, conformément à une décision prise par le Comité des Ministres, ce Protocole est déjà appliqué.

X État ayant reconnu le droit des ONG nationales à déposer des plaintes collectives à son encontre.

États membres	Signatures	Ratifications	Acceptation de la procédure de réclamation collective	
Albanie	21/09/1998	14/11/2002		
Andorre	04/11/2000	12/11/2004		
Arménie	18/10/2001	21/01/2004		
Autriche	07/05/1999	20/05/2011		
Azerbaïdjan	18/10/2001	02/09/2004		
Belgique	03/05/1996	02/03/2004	23/06/2003	
Bosnie et Herzégovine	11/05/2004	07/10/2008		
Bulgarie	21/09/1998	07/06/2000	07/06/2000	
Croatie	06/11/2009	26/02/2003	26/02/2003	
Chypre	03/05/1996	27/09/2000	06/08/1996	
République tchèque	04/11/2000	03/11/1999	04/04/2012	
Danemark	* 03/05/1996	03/03/1965		
Estonie	04/05/1998	11/09/2000		
Finlande	03/05/1996	21/06/2002	17/07/1998	X
France	03/05/1996	07/05/1999	07/05/1999	
Géorgie	30/06/2000	22/08/2005		
Allemagne	* 29/06/2007	29/03/2021		
Grèce	03/05/1996	18/03/2016	18/06/1998	
Hongrie	07/10/2004	20/04/2009		

Islande		04/11/1998	15/01/1976		
Irlande		04/11/2000	04/11/2000	04/11/2000	
Italie		03/05/1996	05/07/1999	03/11/1997	
Lettonie		29/05/2007	26/03/2013		
Liechtenstein		09/10/1991			
Lituanie		08/09/1997	29/06/2001		
Luxembourg	*	11/02/1998	10/10/1991		
Malte		27/07/2005	27/07/2005		
République de Moldavie		03/11/1998	08/11/2001		
Monaco		05/10/2004			
Monténégro		22/03/2005	03/03/2010		
Pays-Bas		23/01/2004	03/05/2006	03/05/2006	
Macédoine du Nord		27/05/2009	06/01/2012		
Norvège		07/05/2001	07/05/2001	20/03/1997	
Pologne		25/10/2005	25/06/1997		
Portugal		03/05/1996	30/05/2002	20/03/1998	
Roumanie		14/05/1997	07/05/1999		
Saint-Marin		18/10/2001			
Serbie		22/03/2005	14/09/2009		
République slovaque		18/11/1999	23/04/2009		
Slovénie		11/10/1997	07/05/1999	07/05/1999	
Espagne		23/10/2000	17/05/2021	17/05/2021	
Suède		03/05/1996	29/05/1998	29/05/1998	
Suisse		06/05/1976			
Türkiye		06/10/2004	27/6/2007		
Ukraine		07/05/1999	21/12/2006		
Royaume-Uni	*	07/11/1997	11/07/62		

Nombre d'États	4	2 + 44 =	7 + 35 = 42	16	
	6	46			

Les **dates en gras** sur fond gris correspondent aux dates de signature ou de ratification de la Charte de 1961 ; les autres dates correspondent à la signature ou à la ratification de la Charte révisée de 1996.

***Etats** dont la ratification est nécessaire pour l'entrée en vigueur du Protocole d'amendement de 1991. En pratique, conformément à une décision prise par le Comité des Ministres, ce Protocole est déjà appliqué.

XL'État ayant reconnu le droit des ONG nationales à déposer des plaintes collectives à son encontre.

Annexe III - Liste des conclusions de non-conformité examinées oralement sur proposition du Comité européen des droits sociaux (RESC + ESC)

ARTICLE 3
1. RESC 3§1 ARMÉNIE
2. RESC 3§2 ALBANIE
3. RESC 3§2 ROUMANIE
4. ESC 3§1 (3§2 RESC) ROYAUME-UNI
5. RESC 3§3 ESTONIE
6. RESC 3§3 FÉDÉRATION DE RUSSIE
7. RESC 3§3 TÜRKIYE
8. RESC 3§4 ALBANIE
9. RESC 3§4 TÜRKIYE
ARTICLE 11
10. RESC 11§1 AZERBAÏDJAN
11. RESC 11§1 GEORGIA
12. RESC 11§1 MOLDAVIE
13. RESC 11§1 ROUMANIE
14. RESC 11§2 GEORGIA
15. RESC 11§3 AZERBAÏDJAN
16. RESC 11§3 GEORGIA
17. RESC 11§3 MOLDAVIE
18. RESC 11§3 ROUMANIE
ARTICLE 12
19. RESC 12§1 ARMENIA
20. RESC 12§1 ESTONIE
21. RESC 12§1 GEORGIA
22. RESC 12§1 HONGRIE
23. RESC 12§1 LETTONIE
24. RESC 12§1 MONTENEGRO
25. RESC 12§1 ROUMANIE
26. RESC 12§3 ARMENIA
27. RESC 12§3 ROUMANIE
ARTICLE 13
28. RESC 13§1 ARMENIA
29. RESC 13§1 BOSNIE HERZEGOVINE
30. ESC 13§1 CROATIE
31. ESC 13§1 RÉPUBLIQUE TCHÈQUE
32. RESC 13§1 MONTENEGRO
33. RESC 13§1 ROUMANIE
34. ESC 13§1 ESPAGNE
35. CES 13§1 ROYAUME-UNI
36. ESC 13§4 CROATIE
37. RESC 13§4 MONTENEGRO
ARTICLE 14
38. RESC 14§1 AZERBAÏDJAN
39. RESC 14§1 HONGRIE
40. RESC 14§1 LETTONIE
41. ESC 14§1 POLOGNE
ARTICLE 23 RESC / 4AP
42. 4AP DANEMARK
43. RESC 23 MALTE
44. RESC 23 PAYS-BAS
45. RESC 23 NORVÈGE
ARTICLE 30
46. RESC 30 ESTONIE

Annexe IV

Liste des conclusions reportées (RESC + ESC)

PAYS	ARTICLES
ANDORRA	RESC Articles 3§1, 3§3, 11§1, 11§3, 12§3, 13§4, 30
ARMÉNIE	Articles 13§2 du RESC
AUTRICHE	Articles 3§2, 3§3, 11§1, 12§3 du RESC
AZERBAIJAN	Article 11§2 du RESC
BOSNIE-HERZÉGOVINE	Article 11§1 du RESC
CROATIE	CES Articles 11§1, 11§3, 14§2
CHYPRE	RESC Articles 3§2, 3§3, 11§1, 11§2, 12§3, 14§2
RÉPUBLIQUE TCHÈQUE	CES Articles 3§2, 11§1, 11§2, 11§3, 12§4, 13§4
DANEMARK	Articles 3§2 et 14§2 du CES
ESTONIE	Articles 11§1, 11§3, 14§2 du RESC
GEORGIE	Articles 12§3 et 14§2 du RESC
HONGRIE	Articles 11§2, 11§3, 14§2 du RESC
LITUANIE	RESC Articles 3§2, 3§4, 12§1, 12§4, 14§2
LUXEMBOURG	CES Articles 3§1, 3§2, 11§3, 12§1, 12§3, 13§1, 13§4, 14§2
LETTONIE	RESC Articles 3§1, 3§2, 3§4, 11§2, 11§3, 14§2
MOLDOVA	Articles 3§1, 12§4 du RESC
RÉPUBLIQUE DE MACÉDOINE DU NORD	RESC Articles 3§2, 11§1, 11§3, 12§3
MALTE	RESC Articles 11§1, 12§3, 12§4, 13§4, 14§2
MONTENEGRO	Articles 11§1, 11§3, 12§3, 12§4, 14§2 du RESC
LES PAYS-BAS	Articles 3§2, 11§2, 11§3, 13§4 du RESC
NORVÈGE	Articles 3§3 et 11§3 du RESC
POLOGNE	CES Articles 3§1, 3§2, 11§1, 11§2, 12§3
ROUMANIE	RESC Articles 11§2, 12§3
FÉDÉRATION DE RUSSIE	Articles 3§1, 3§2, 11§1, 12§1, 14§2 du RESC
SERBIE	Articles 3§1, 3§3, 11§1, 13§3 du RESC
RÉPUBLIQUE SLOVAQUE	RESC Articles 3§1, 3§3, 11§2, 12§2, 12§3, 14§2
ESPAGNE	CES Articles 3§1, 11§1, 11§3, 12§3
SLOVÉNIE	RESC Articles 3§2, 3§3, 11§3, 23
SUÈDE	Article 3§2, 3§3, 11§2, 13§1 du RESC
TÜRKIYE	Articles 3§2, 11§2, 11§3, 12§1, 12§4 du RESC
ROYAUME-UNI	CES Articles 3§2, 11§3, 14§2
UKRAINE	Articles 12§4, 14§1 du RESC

Annexe V

Conclusions 2021 : exemples de progrès dans l'application de la Charte sociale européenne relative à la "santé, la sécurité sociale et la protection sociale" :

Dans ses conclusions 2021/XXII-2, le Comité européen des droits sociaux a noté un certain nombre d'évolutions positives dans l'application de la Charte, soit par l'adoption de nouvelles législations ou de changements de pratiques dans les Etats parties, soit, dans certains cas, sur la base de nouvelles informations clarifiant la situation en ce qui concerne les questions soulevées lors d'examens antérieurs (réduisant ainsi le nombre de conclusions reportées pour manque d'informations). Une sélection d'exemples est présentée ci-dessous.

Article 3, paragraphe 2

Danemark

En 2019, le décret sur les agents cancérigènes et mutagènes a été modifié pour mettre en œuvre la directive (UE) 2017/2398 du Parlement européen et du Conseil du 12 décembre 2017 modifiant la directive 2004/37/CE concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes au travail. Une disposition nationale concernant l'interdiction de la recirculation sur les chantiers de l'air vicié local provenant des processus de travail a été modifiée pour permettre la recirculation tant que l'air est effectivement purifié.

Pologne

Entre 2016 et 2019, l'Inspection nationale du travail a élaboré un programme intitulé "Prévention des effets néfastes du stress et d'autres risques psychosociaux sur le lieu de travail". La directive 2013/59/Euratom du Conseil fixant les normes de base relatives à la protection contre les dangers résultant de l'exposition aux rayonnements ionisants a été transposée en droit polonais le 13 juin 2019.

Espagne

La loi sur la protection des données et la garantie des droits numériques (n° 3/2018) a reconnu le droit à la déconnexion.

Estonie

Le 1er janvier 2019, des amendements à la loi sur la santé et la sécurité au travail (SST) sont entrés en vigueur. L'une de ces modifications concerne les risques psychosociaux. Le terme "risques psychologiques" a été remplacé par le terme "risques psychosociaux". La définition de ce terme est précisée dans la loi, de même que les mesures à appliquer pour prévenir les atteintes à la santé causées par les risques psychosociaux.

Hongrie

L'amendement à la loi sur la sécurité au travail, entré en vigueur le 1er janvier 2008, a introduit l'obligation pour l'employeur de traiter les facteurs de risque psychosociaux.

Les recommandations de la Commission internationale de protection radiologique (Publication n° 103 de la CIPR, 2007) ont été intégrées dans la directive 2013/59/Euratom du Conseil fixant les normes de base relatives à la protection contre les dangers résultant de l'exposition aux rayonnements ionisants, que la Hongrie a transposée en droit national.

Lituanie

Afin de faciliter l'identification du processus d'investigation des facteurs de risques psychosociaux liés à l'évolution des conditions de travail et de simplifier les dispositions pour aider les petites et moyennes entreprises à enquêter sur ces risques, la réglementation relative à l'investigation des risques professionnels psychosociaux a été modifiée par l'arrêté n° V-153/A1-77 du ministre de la Santé et du ministre de la Sécurité sociale et du Travail, en date du 5 février 2019. En outre, le 1er mai 2019, le ministre de la Santé a adopté l'arrêté n° V-590 relatif à l'amélioration des compétences en matière de santé mentale des travailleurs et visant à réduire l'impact du stress au travail sur la santé des travailleurs.

Monténégro

Les travailleurs domestiques sont désormais protégés par des réglementations en matière de santé et de sécurité au travail.

Article 3, paragraphe 3

Estonie

L'inspection du travail a développé un nouveau système d'information qui augmente l'efficacité des inspections, permet une supervision automatisée et un gain de temps. Le nouveau système, opérationnel depuis le premier trimestre 2020, permet à l'inspection du travail de couvrir davantage d'entreprises et de travailleurs lors des inspections et l'aide à communiquer avec les entreprises plus rapidement et plus efficacement.

Suède

Le gouvernement a alloué des ressources croissantes au domaine de l'environnement de travail. Un total de 100 millions SEK (9,7 millions €) par an a été investi entre 2015 et 2018. Au cours de la même période, le gouvernement a augmenté la dotation de la SWEA (Swedish Work Environment Authority) d'environ 110 millions SEK (10,7 millions €), notamment pour permettre l'embauche d'un plus grand nombre d'inspecteurs. Suite à l'augmentation des crédits, la SWEA a employé plus de 150 nouveaux inspecteurs et le nombre d'inspections a donc augmenté.

Türkiye

Le logiciel "Occupational Exposure Data Package", préparé en 2017, vise à assurer la détection précoce des expositions professionnelles et à accroître la sensibilisation aux maladies professionnelles .

Article 11, paragraphe 1

Monténégro

Un système de référence électronique en temps réel et de prescription électronique a été mis en place, réduisant radicalement les temps d'attente.

Norvège

En juillet 2016, une loi sur la reconnaissance du genre a été adoptée, qui permet de changer de genre légal (masculin/féminin) sans avoir à subir la stérilisation précédemment requise.

Pologne

Les temps d'attente pour un certain nombre de services médicaux ont diminué de manière significative par rapport à la période de référence précédente.

Article 11, paragraphe 2

République tchèque

Depuis 2019, le ministère de la Santé met en œuvre le projet "Élargir l'accès et créer des opportunités de soins de santé pour les sans-abri" (abrégé en "Cabinet médical pour les sans-abri") destiné aux personnes vivant dans la rue qui risquent de perdre leur refuge ou qui vivent dans des communautés socialement exclues. Son objectif principal est de fournir une assistance médicale aux groupes cibles qui ne recherchent pas de soins médicaux et sociaux et qui ne participent pas aux examens et programmes préventifs.

Lituanie

En Lituanie, en ce qui concerne l'éducation à la santé dans les écoles, celles-ci mettent en œuvre le programme général d'éducation à la santé et à la sexualité et de préparation à la vie familiale (PHSEPFL), approuvé par l'arrêté n° V-941 du ministre de l'Éducation et des Sciences du 25 octobre 2016, afin de développer, *entre autres*, des compétences en matière de mode de vie sain et des activités de promotion de la santé et de prévention des habitudes néfastes. Le programme couvre un large éventail de sujets, tels que la conscience de soi, l'identité de genre, l'intimidation, l'état socio-émotionnel d'un enfant, le développement sexuel (OSIG, comportement sexuel responsable, diversité sexuelle, discrimination, exclusion), etc.

Autriche

Deux actes juridiques concernant les diverses sexualités et identités de genre en classe ont été adoptés : la "loi sur la pédagogie réflexive du genre et l'égalité" de 2018 (circulaire n° 21/2018) et la "loi sur l'éducation sexuelle" de 2015 (circulaire n° 13/2015). Cette dernière établit les bases et le contenu de l'éducation sexuelle, en mettant l'accent sur une approche positive de la sexualité humaine. Elle s'attaque également à l'homophobie et à la transphobie et encourage les écoles à adopter une position pédagogique universelle qui devrait être axée sur le principe de l'égalité des sexes et la diversité des modes de vie. La première aborde, entre autres, la question de la violence fondée sur le genre sous toutes ses formes (par exemple, le harcèlement sexuel, l'homophobie, les insinuations liées au genre, les stéréotypes liés au genre, la violence fondée sur l'honneur).

Luxembourg

Le premier plan d'action national pour la promotion des droits des personnes LGBTI a été adopté le 13 juillet 2018. Ce plan pluriannuel définit une approche globale dans ce domaine. Il comprend huit chapitres thématiques couvrant différentes sphères de la vie, notamment l'éducation, l'emploi et le travail, la santé, la famille, l'accueil et l'intégration, la discrimination, les crimes et discours de haine, l'égalité transgenre et l'égalité intersexe. Le plan comprend de nombreuses activités de sensibilisation et de formation sur les questions d'orientation sexuelle, d'identité de genre et de variations de genre. Ces mesures s'adressent au grand public et à des groupes spécifiques (par exemple, les enfants, les jeunes et les professionnels de la santé).

Article 11, paragraphe 3

Monténégro

En 2019, le Monténégro a adopté la loi sur la restriction de l'usage des produits du tabac, qui prévoit, entre autres mesures, l'interdiction de fumer sur le lieu de travail et dans les lieux publics, avec des amendes pour non-respect allant de 500 € à 20 000 €.

Article 12, paragraphe 3

Lituanie

Une réforme a été lancée au début de l'année 2017 pour moderniser le système de sécurité sociale. Cette réforme vise, entre autres, à intégrer les travailleurs indépendants dans le système de sécurité sociale de l'État et à inclure les différents groupes de travailleurs des plateformes (comme les personnes travaillant dans le secteur des services de livraison à vélo) dans la catégorie des "travailleurs indépendants" afin d'étendre leur couverture sociale et d'améliorer leurs prestations d'assurance sociale.

Monténégro

La loi relative à la médiation pour l'insertion professionnelle et aux droits pendant le chômage est entrée en vigueur le 30 avril 2019. Cette loi a réduit la durée des cotisations d'assurance nécessaires pour avoir droit aux allocations de chômage. En outre, le montant des allocations de chômage a été augmenté et la durée de versement des allocations a été prolongée pour certaines catégories de demandeurs d'emploi.

L'ajustement des pensions de retraite et d'invalidité, qui avait été suspendu tout au long de la période de référence précédente (2012-2015) en raison de la mauvaise conjoncture économique, a repris en 2016.

Pologne

La pension de retraite minimale a été augmentée en 2016 et en 2018, et le mécanisme d'ajustement a été modifié. À la suite de ces changements, la pension de retraite minimale a augmenté de 25 % depuis 2016.

La mise en œuvre du programme Pension de retraite+ a débuté en 2019. Ce programme prévoit le versement d'une prestation complémentaire unique à toute personne bénéficiaire d'une pension de retraite ou d'une autre pension, quel que soit son montant. En 2019, 9,74 millions de personnes ont

bénéficié de cette prestation (dont 6,7 millions de retraités, 2,62 millions de pensionnés et 282 000 personnes percevant des pensions d'assistance sociale).

Ukraine

L'Ukraine a accepté l'article 12§3 de la Charte en 2017.

Article 13§3

Macédoine du Nord

Les services fournis dans les centres d'action sociale sont gratuits pour les bénéficiaires.

Roumanie

Selon l'article 113 de la loi sur l'assistance sociale, toutes les autorités publiques locales sont tenues de mettre en place des structures spécialisées appelées services publics d'assistance sociale (PSAS) dans les zones urbaines et rurales.

Article 23

La République tchèque

Une législation interdisant la discrimination fondée sur l'âge en dehors de l'emploi a été adoptée depuis le dernier examen de la situation par le CEDS.

La République slovaque

La priorité a été donnée au développement des soins de proximité comme alternative aux soins en institution.

Suède

Une législation interdisant la discrimination fondée sur l'âge en dehors de l'emploi a été adoptée depuis le dernier examen de la situation par le CEDS.

Article 30

Les Pays-Bas

Deux mesures spécifiques ont été lancées au cours de la période de référence : l'approche globale de la lutte contre la dette (*Brede Schuldenaanpak*) et les ambitions en matière de pauvreté infantile (*Ambities Kinderarmoede*).

En ce qui concerne la première initiative, depuis 2018, le gouvernement, en coopération avec les municipalités, les organismes de mise en œuvre et les organisations de la société civile, travaille au déploiement du plan d'action, qui comprend plus de 40 mesures pour lutter contre les problèmes d'endettement.

En ce qui concerne cette dernière initiative, en 2019, quatre objectifs ont été fixés pour réduire davantage la pauvreté des enfants : (1) chaque enfant grandissant dans une famille à faible revenu est éligible à l'aide sociale ; (2) le nombre de ménages à faible revenu avec enfants doit être réduit au cours des prochaines années ; (3) des examens réguliers de l'exclusion sociale des enfants seront effectués ; et (4) les bonnes pratiques et initiatives doivent être identifiées par les municipalités et d'autres organisations locales et nationales, dans le but de prévenir la pauvreté des enfants et ses effets néfastes sur les enfants.

Norvège

En ce qui concerne les enfants et les jeunes issus de familles à faible revenu, la stratégie du gouvernement, "Enfants vivant dans la pauvreté" pour la période 2015-2017, a été suivie d'une nouvelle stratégie de coopération, "Égalité des chances pour les enfants" pour la période 2020-2023. La nouvelle stratégie souligne l'importance d'accroître la participation des enfants et des jeunes issus de familles à faible revenu avec d'autres enfants et jeunes pour leur permettre de se

développer sur un pied d'égalité, en vue de stimuler la mobilité sociale et de briser le cycle générationnel de la pauvreté et des faibles revenus.

République slovaque

La stratégie-cadre nationale pour la promotion de l'inclusion sociale et la lutte contre la pauvreté est le principal document stratégique dans ce domaine. Elle systématisé les approches de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. La première stratégie-cadre nationale a été préparée et approuvée par le gouvernement en 2015. Elle reflétait la situation en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. En 2017, la stratégie a été mise à jour pour inclure d'autres domaines clés pour la mise en œuvre de mesures d'inclusion sociale et de lutte contre la pauvreté, tels que le soutien à l'intégration des chômeurs de longue durée, la promotion de l'emploi des jeunes, le soutien à un meilleur ciblage dans le système de prestations sociales, le soutien à l'intégration des communautés roms marginalisées, etc.

Slovénie

Depuis le 1er janvier 2019, toutes les mesures d'austérité liées à la famille ont été supprimées (après six ans) : l'allocation de paternité et l'allocation parentale sont revenues à 100 % du salaire moyen de la personne pour les 12 derniers mois (auparavant, elles étaient de 90 %) ; l'allocation pour famille nombreuse est à nouveau un droit universel et peut être accordée à toutes les familles nombreuses, quel que soit leur revenu (auparavant, elle était limitée à un certain seuil de revenu) ; l'allocation de maternité n'est pas limitée et l'allocation parentale est de 2,5 fois le salaire moyen (auparavant, elle était de deux fois le salaire moyen). À partir du 1er juillet 2019, les allocations familiales, les bourses d'État, l'allocation de garde d'enfants, l'allocation pour famille nombreuse, l'allocation de naissance et l'allocation parentale ont été augmentées.

Suède

Le gouvernement suédois a réalisé d'importants investissements dans les soins de santé et l'éducation. Depuis 2017, le gouvernement a renforcé la protection de base et réduit l'impôt sur le revenu des retraités, augmenté le niveau des prestations d'assurance chômage et augmenté les allocations de logement, d'entretien et pour enfants.

Annexe VI

Recommandations

TABLEAU DES RECOMMANDATIONS ADOPTÉES EN 2022										
ARTICLES										
ÉTATS	GEN	3.2	3.3	3.4	11.1	11.3	13.1	14.1	23/4A P	Recommandations
AZERBAIJAN					1	1				2
BOSNIE- HERZÉGOVINE							1			1
RÉPUBLIQUE TCHÈQUE							1			1
DANEMARK									1	1
HONGRIE								1		1
MOLDOVA					1	1				2
LES PAYS-BAS									1	1
ROUMANIE		1								1
TURKIYE			1	1						2
TOTAL		1	1	1	2	2	2	1	2	12
MANQUEMENT À L'OBLIGATION DE DÉCLARATION	1									
RÉPÉTÉES NON ÉTABLIES	1									
TOTAL	2									14