



**Conseil Economique
et Social**

Distr.
GENERALE

E/1986/4/Add.24
24 août 1988

FRANCAIS
Original : ANGLAIS

Première session ordinaire de 1989

MISE EN APPLICATION DU PACTE INTERNATIONAL RELATIF
AUX DROITS ECONOMIQUES, SOCIAUX ET CULTURELS

Deuxièmes rapports périodiques présentés par les Etats parties au Pacte
au sujet des droits faisant l'objet des articles 10 à 12,
conformément à la deuxième étape du programme établi par
le Conseil économique et social dans sa résolution 1988 (LX)

PAYS-BAS */

Additif

[15 juin 1988]

*/ Le rapport initial du Gouvernement néerlandais (E/1980/6/Add.33) a été examiné à la session de 1984 du Groupe de travail de session d'experts gouvernementaux de la mise en application du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (voir E/1984/WG.1/SR.4, SR.5, SR.6 et SR.8).

GE.88-17425/5154n

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
INTRODUCTION	1
GENERALITES	1
A. LA CONSTITUTION REVISEE	1
B. ARTICLES PREMIER A 5	2
Article premier : Le droit des peuples à disposer d'eux-mêmes	2
Article 2 : Non-discrimination	2
Article 3 : Egalité entre hommes et femmes	3
ARTICLE 10 : PROTECTION DE LA FAMILLE, DE LA MERE ET DE L'ENFANT	4
A. ARTICLE 10.1 : PROTECTION DE LA FAMILLE ET MESURES D'ASSISTANCE	4
1. Législation	4
2. La famille en tant que concept	4
3. Le mariage	4
4. Droits de séjour en cas de dissolution des liens du mariage ou du concubinage ou d'éclatement de la famille	5
5. Protection de l'enfant	5
6. Ludothèques	6
B. ARTICLE 10.2 : PROTECTION DE LA MERE	6
1. Législation	6
2. Rapport No 103 de l'OIT : Protection de la maternité	6
3. Protection et assistance prénatales et postnatales	6
4. Assistance financière aux mères qui travaillent	7
C. ARTICLE 10.3 : PROTECTION DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT	7
1. Législation	7
2. Protection et éducation des enfants : mesures spéciales ...	8
3. Lutte contre le chômage des jeunes	9
4. Statut des enfants illégitimes	10
ARTICLE 11 : DROIT A UN NIVEAU DE VIE SUFFISANT	10
A. DROIT A UNE NOURRITURE SUFFISANTE	10
1. Législation	10
2. Politique relative à la nutrition	11
3. Pollution chimique des denrées alimentaires	12
4. Produits phytosanitaires	12
5. Pharmacie vétérinaire	13

TABLE DES MATIERES (suite)

	<u>Page</u>
B. DROIT A UN VETEMENT SUFFISANT	13
C. DROIT A UN LOGEMENT SUFFISANT	13
1. Législation	13
2. Généralités	14
3. Rénovation urbaine	16
4. Occupants (squatters)	16
5. Minorités	17
a) Généralités	17
b) Occupants de caravanes	18
ARTICLE 12 : DROIT A LA SANTE PHYSIQUE ET MENTALE	18
Législation	18
A. SOINS MEDICAUX POUR LES ENFANTS	19
1. Soins médicaux pour les enfants	19
2. Détection avancée des troubles du comportement	20
B. PROTECTION DE L'ENVIRONNEMENT - SANTE ET SECURITE SUR LE LIEU DE TRAVAIL	21
1. Législation	21
2. Politique générale de l'environnement	21
3. Loi sur les conditions de travail	22
4. Politique de la santé et du bien-être	23
5. Assistants sociaux d'entreprise	24
C. ACTION POUR LA SANTE PUBLIQUE	24
1. Dépistage systématique des maladies	24
2. Contrôle des médicaments, du tabac et de l'alcool	25
3. Le SIDA aux Pays-Bas	27
D. SOINS MEDICAUX	27
1. Soins médicaux et services sociaux	27
2. Le coût des soins médicaux	29

INTRODUCTION

GENERALITES

1. Le rapport ci-après a trait aux mesures adoptées par les Pays-Bas pour faire respecter les droits proclamés dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, et aux progrès réalisés dans ce domaine. Il porte sur la période allant de janvier 1980 à juin 1987. Le rapport concernant les Antilles néerlandaises suivra en temps opportun.

A. LA CONSTITUTION REVISEE

2. Il faut d'abord signaler l'entrée en vigueur, le 17 février 1983, de la Constitution révisée, loi fondamentale du pays qui énonce les droits fondamentaux et les principes essentiels en vigueur aux Pays-Bas. Toutes les nouvelles dispositions de la Constitution sont significatives dans le contexte du présent rapport, notamment le paragraphe 1 de l'Article 20 et des Articles 21 et 22 (voir ci-dessous).

Article 20, paragraphe 1

Les pouvoirs publics veillent à assurer les moyens d'existence de la population et la répartition des richesses (comparer avec l'article 11 du Pacte).

Article 21

Les pouvoirs publics veillent à l'aménagement du territoire ainsi qu'à la protection et à l'amélioration du cadre de vie (comparer avec l'article 12 du Pacte).

Article 22

1. Les pouvoirs publics prennent des mesures pour promouvoir la santé publique.
2. Les pouvoirs publics veillent à promouvoir des équipements de logement suffisants.
3. Les pouvoirs publics créent des conditions propices à l'épanouissement social et culturel et à l'occupation des loisirs (comparer avec les articles 11 et 12 du Pacte).

3. La présence de ces dispositions dans la Constitution et, de façon plus générale, des droits sociaux fondamentaux, signifie que les pouvoirs publics sont tenus de prendre les mesures qui s'imposent pour que, dans la pratique, règne sur le plan social un ordre tel que les droits économiques et sociaux individuels garantis puissent y trouver plein effet.

4. En vertu du paragraphe 1 de l'Article 20, les pouvoirs publics doivent poursuivre une politique destinée à assurer des moyens d'existence à la population et à favoriser la répartition des richesses.

5. Les mesures à prendre en matière de travaux publics sont celles visées par les dispositions de l'Article 21, qui exigent des pouvoirs publics qu'ils

veillent à l'aménagement du territoire. L'amélioration du cadre de vie s'entend aussi des mesures de protection de l'environnement au sens large du terme. Il peut s'agir de mesures d'aménagement urbain ou rural qui, avec d'autres facteurs sociaux, peuvent avoir des effets directs sur les conditions de vie dans l'ensemble du pays.

6. Le paragraphe 1 de l'Article 22 garantit la protection et l'amélioration de la santé publique. Les pouvoirs publics doivent donc, non seulement veiller à protéger la population en cas de dangers particuliers, mais aussi à promouvoir la santé publique dans les circonstances normales au moyen notamment, de programmes d'assurance maladie, de soins prénatals et infantiles et d'information sur une nutrition adéquate. Il convient à ce propos de mentionner l'Article 11 de la Constitution, qui énonce le "droit à l'inviolabilité de la personne", lequel comprend :

- le droit de chacun d'être protégé contre toute violence ou agression;
- le droit de chacun de disposer comme il l'entend de son propre corps.

Ce dernier droit protège notamment l'individu contre tout traitement médical contraignant. Les mesures de santé publique qui sont adoptées doivent donc tenir compte des dispositions constitutionnelles garantissant l'intégrité physique.

7. Les dispositions du paragraphe 2 de l'Article 22 concernent la mise en oeuvre du droit à un logement suffisant. Il ne s'agit pas seulement du nombre de logements disponibles, mais aussi de leurs dimensions, de leur qualité, et des questions connexes de sécurité et de salubrité. Le paragraphe 3 de l'Article 22 fait une distinction entre les mesures à prendre pour créer des conditions propices à l'épanouissement social, d'une part, et culturel d'autre part. Dans le premier cas, il s'agit des conditions propices aux relations individuelles au sein de la famille, sur le lieu de travail et dans la société en général, y compris les mesures d'assistance et de protection en faveur des familles, des personnes âgées ou des travailleurs étrangers.

B. ARTICLES PREMIER A 5

1. Article premier : Le droit des peuples à disposer d'eux-mêmes

8. L'article premier du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et l'article premier du Pacte international relatif aux droits civils et politiques étant identiques, on voudra bien se reporter au deuxième rapport présenté par le Royaume des Pays-Bas en application de l'article 40 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques.

2. Article 2 : Non-discrimination

9. La Constitution entrée en vigueur en 1983 précise au paragraphe 1 de l'Article premier : "Tous ceux qui se trouvent aux Pays-Bas sont, dans des cas égaux, traités de façon égale. Nulle discrimination n'est permise, qu'elle se fonde sur la religion, les convictions, les opinions politiques, la race, le sexe ou tout autre motif". On voudra bien sur ce point se reporter aux rapports que les Pays-Bas ont soumis au Comité des droits de l'homme sur la mise en application du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, notamment en ce qui concerne l'article 26, relatif à l'interdiction de la discrimination.

10. De cet article de la Constitution découle le principe de la protection des minorités aux Pays-Bas. Les pouvoirs publics ont exposé leur politique à l'égard des minorités dans un document directif publié en 1983. Cette politique vise à créer une société au sein de laquelle les membres des minorités qui résident aux Pays-Bas jouissent du même traitement que les citoyens néerlandais et aient la possibilité de s'épanouir pleinement, à titre individuel ou collectif. Une triple démarche permettra d'atteindre cet objectif :

- a) La création de conditions permettant aux groupes minoritaires d'acquérir des droits égaux et de faire partie intégrante de la société. Ce processus, dans ses grandes lignes, vise à stimuler la confiance des membres des minorités à l'égard de leur propre valeur et identité, mais aussi à agir sur la société au sein de laquelle ils vivent pour qu'ils puissent librement s'y épanouir;
- b) La réduction des obstacles sociaux et économiques à surmonter par les groupes minoritaires;
- c) Des mesures préventives et correctives en matière de discrimination; et l'amélioration de la situation juridique des minorités lorsque le besoin s'en fait sentir.

11. Les principales minorités aux Pays-Bas sont les Moluquois, les Surinamais et les Antillais, les travailleurs émigrés et leurs familles, les Tziganes et les réfugiés. Pour plus de détails sur les mesures prises au titre des alinéas a) et b) ci-dessus, voir le huitième rapport des Pays-Bas ayant trait à la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (protection des minorités).

3. Article 3 : Egalité entre hommes et femmes

12. Sur cette question, on voudra bien se reporter aux observations relatives à l'article 3 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, figurant dans le deuxième rapport des Pays-Bas. A ces observations, on peut ajouter que l'Etat, principal employeur du pays, doit donner l'exemple en matière de droits égaux parmi son personnel : La redistribution du travail est dans ce contexte un élément important. Dans leurs directives de recrutement, les pouvoirs publics mettront davantage l'accent sur le principe de la discrimination positive, qui consiste à donner la préférence aux femmes dans le cas de candidatures de mérites égaux, sur la base de chiffres cibles, et compte tenu de facteurs tels que le niveau d'instruction et les conditions de travail. Dans son mémoire budgétaire explicatif, le ministère de l'intérieur présentera tous les ans un rapport spécial sur les progrès réalisés dans ce sens. Il convient aussi de mentionner le projet de loi déposé devant la Chambre Basse en vue de la ratification de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.

ARTICLE 10 : PROTECTION DE LA FAMILLE, DE LA MERE ET DE L'ENFANT

A. ARTICLE 10.1 : PROTECTION DE LA FAMILLE ET MESURES D'ASSISTANCE

1. Législation

13. a) Législation nationale : livre premier (4) du Code civil; loi relative aux étrangers de 1976 (5), dernièrement modifiée en 1987 (5);
- b) Nouvelle législation : loi du 30 août 1984, entrée en vigueur le 1er janvier 1985, qui élimine certaines inégalités entre hommes et femmes dans le droit de la personne et de la famille;
- c) Législation internationale : Convention sur le consentement au mariage, l'âge minimum du mariage et l'enregistrement des mariages (7 novembre 1962).

(Annexe séparée */ : questionnaire du Conseil de l'Europe "Forms of Child care".)

2. La famille en tant que concept

14. La notion de "famille" s'est élargie suivant l'évolution des mœurs dans la société néerlandaise, et ne se limite plus au noyau familial traditionnel (père, mère, enfants). Elle tient compte d'autres formes de liens : couples non mariés, avec ou sans enfants, parents célibataires et autres types de partenaires avec enfants.

3. Le mariage

15. La législation néerlandaise sur le mariage est contenue dans le Livre premier du Code civil. Pour plus de détails sur ces questions juridiques, on voudra bien se reporter au deuxième rapport des Pays-Bas concernant le Pacte international relatif aux droits civils et politiques. Les précisions qui suivent répondent aux questions qui ont été soulevées lors de l'examen du premier rapport relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Aux Pays-Bas, aucun mariage ne peut être conclu sans le libre consentement des deux partenaires. En vertu de la législation sur le mariage, les deux partenaires doivent être suffisamment sains d'esprit pour comprendre l'importance des liens du mariage. Le consentement des parents est nécessaire dans le cas des mineurs. L'âge minimal du mariage est fixé à 18 ans. Le projet de loi abaissant l'âge de la majorité est devenu loi le 1er janvier 1988, fixant l'âge de la majorité à 18 ans. Le consentement des parents et une dispense royale sont nécessaires dans le cas des mineurs de 18 ans, sauf pour les jeunes filles âgées de 16 ans au moins qui sont enceintes ou qui ont déjà donné naissance à un enfant.

*/ Ce questionnaire peut être consulté aux archives du secrétariat dans la version anglaise transmise par le Gouvernement des Pays-Bas.

4. Droits de séjour en cas de dissolution des liens du mariage ou du concubinage ou d'éclatement de la famille

16. Au sujet de la situation juridique des étrangers divorcés, hommes ou femmes, signalons que la législation sur le mariage ne fait pas de distinction entre l'homme et la femme. Pour pouvoir obtenir un permis individuel de résidence après la dissolution du mariage, l'intéressé doit avoir été marié pendant trois ans au moins et avoir résidé sur le territoire national pendant l'année immédiatement antérieure au divorce. Les mêmes dispositions s'appliquent, mutatis mutandis, au concubinage, qui doit donc avoir duré trois ans au moins. Dans les deux cas, le partenaire étranger doit avoir été possesseur d'un permis de séjour valide délivré pour cause de mariage ou de concubinage. Les conjoints étrangers de citoyens néerlandais peuvent déposer une demande de naturalisation après trois ans de mariage.

5. Protection de l'enfant

a) Formes d'assistance à l'enfance

17. A titre d'information générale, voir le Questionnaire sur les formes d'assistance à l'enfance rédigé dans le cadre d'un programme spécial du Conseil de l'Europe sur la question. En résumé, les pouvoirs publics attachent de l'importance aux soins destinés aux enfants en raison de leur valeur éducative générale (la responsabilité en revient au premier chef aux parents), et compte tenu de la nécessité de donner à beaucoup de femmes la possibilité de prendre un emploi rémunéré. Les pouvoirs publics interviennent sous forme d'exonérations d'impôts en faveur des parents et de subventions aux autorités locales qui organisent des garderies d'enfants.

b) Crèches plurinationales

18. Les Pays-Bas ont lancé il y a plus de quatre ans un programme expérimental d'activités interculturelles dans 12 crèches plurinationales. Ce programme est subventionné par les autorités nationales et municipales. Ces crèches accueillent des enfants ayant des antécédents culturels différents, notamment des Néerlandais, des Italiens, des Marocains, des Yougoslaves, des Espagnols, des Surinamais et des Turcs. Le personnel a les mêmes origines culturelles que les enfants dont il s'occupe.

19. L'estime réciproque et le respect mutuel des origines de chacun sont le pivot de cette expérience, qui est destinée à faciliter l'assimilation des enfants étrangers aux Pays-Bas. Cette approche interculturelle est reflétée dans les équipements des crèches (jouets, nourriture, etc.). L'accent est tout spécialement mis sur l'apprentissage de deux langues, dont le néerlandais.

20. Les résultats obtenus dans les 12 crèches modèles montrent un taux de réussite plus que satisfaisant sur la voie de l'objectif fixé, à savoir "la fourniture d'une assistance et de services au groupe cible, notamment aux parents et aux enfants originaires des pays méditerranéens". Ces crèches fonctionnent à pleine capacité. Parmi les enfants qu'elles accueillent, deux tiers sont des étrangers. Un tiers du personnel est d'origine étrangère. Entre 1980 et 1984, le nombre moyen de ces enfants est passé de 197 à 372,13.

6. Ludothèques

21. Les jouets peuvent tenir un rôle important dans le développement des enfants, mais ils sont coûteux; aussi a-t-on eu l'idée de créer des ludothèques qui en prêtent. Ces ludothèques servent aussi de lieux de rencontre pour les parents, qui peuvent s'y entretenir des jeux de leurs enfants et de leur éducation. Ces centres organisent des après-midi ludiques pour les enfants, et des soirées et des réunions portant sur des thèmes particuliers à l'intention des parents, en accord avec ceux-ci.

22. Les collaborateurs des ludothèques sont pour la plupart des bénévoles, souvent des parents ou des cofondateurs. Ils sont assistés par des spécialistes détachés sur une base horaire auprès des ludothèques : ergothérapeutes, physiothérapeutes, professeurs de gymnastique corrective, assistants sociaux, orthophonistes ou enseignants. Il existe déjà aux Pays-Bas 270 ludothèques; une centaine sont en création.

B. ARTICLE 10.2 : PROTECTION DE LA MERE

1. Législation

23. a) Législation nationale : loi de 1929 sur les prestations de maladie; loi de 1919 sur le travail en usine; règlement de la fonction publique; règlement des forces nationales et municipales de police; décret relatif aux contrats d'emploi; code civil; loi d'aide publique.
- b) Législation internationale : Conventions de l'OIT No 102 (sécurité sociale) et No 103 (protection de la maternité).
- c) Rapports : Convention de l'OIT No 102 (Part. VIII) qui couvre la période se terminant le 30 juin 1979 (8); Convention No 103 (9) de l'OIT.

2. Rapport No 103 de l'OIT : Protection de la maternité

24. Les Pays-Bas ont ratifié la Convention No 103 de l'OIT, sur la protection de la maternité. La durée du congé de maternité n'a pas été modifiée. La loi en vigueur sur les prestations de maladie garantit des prestations en cas de grossesse au titre du régime d'assurance maladie obligatoire.

3. Protection et assistance prénatales et postnatales

Dans cette rubrique sont considérés les services d'obstétrique et de soins maternels.

25. a) Services d'obstétrique

Comparés à d'autres pays industrialisés d'Europe occidentale, les Pays-Bas occupent une place spéciale en matière de services de médecine prénatale et d'obstétrique, si l'on considère qu'en dépit du faible pourcentage de naissances à l'hôpital (53 % en 1985) par

rapport aux moyennes internationales, la mortalité périnatale est faible (10,0 ‰ la même année). La plupart des femmes enceintes sont suivies par des généralistes (15,3 %) et des sages-femmes (41,7 %). Dans quelque 42,9 % des cas, le plus souvent pour des raisons médicales, un obstétricien assiste à l'accouchement.

26. b) Soins maternels

Les soins maternels à domicile sont fournis par les centres spécialisés des associations de soins infirmiers à domicile. Les centres de soins maternels forment des infirmières de quartier qui se rendent à domicile. Les 90 centres existant aux Pays-Bas sont d'importance très variable. Les plus petits s'occupent de 600 à 700 cas par an, les plus grands d'environ 1 800 cas. Les centres de soins maternels s'occupant d'environ 900 cas par an sont dirigés par une infirmière en chef, assistée de trois infirmières. Ensemble, elles forment une dizaine d'aides-infirmières familiales et organisent le travail de 35 auxiliaires familiales diplômées.

4. Assistance financière aux mères qui travaillent

27. En vertu de la loi sur les prestations de maladie, toute femme assurée a droit à un congé payé de maternité commençant six semaines avant l'accouchement et se terminant six semaines après, même si elle est en mesure de travailler pendant cette période. La durée du congé payé de maternité peut être prolongée jusqu'à 52 semaines au maximum si l'assurée n'est pas en mesure de travailler. Les prestations de maternité équivalent au plein salaire journalier de l'intéressée jusqu'à concurrence d'un certain plafond.

28. La fonction publique est alignée sur le secteur privé en matière de congés payés de maternité, conformément à la loi sur les prestations de maladie. Le Conseil d'Etat étudie à l'heure actuelle des recommandations en vue du dépôt d'un projet de loi sur le congé parental, l'objectif étant de permettre à la mère ou au père de s'occuper de leur nouveau-né.

C. ARTICLE 10.3 : PROTECTION DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

1. Législation

29. a) Législation nationale : droit civil; décret de 1972 relatif à l'emploi des jeunes; loi de 1951 sur le placement d'enfants; loi de 1961 sur les soins aux enfants et la protection de l'enfant, et décret d'application de 1964; loi de 1969 sur la scolarité obligatoire; loi de 1919 sur le travail en usine.
- b) Législation internationale : Convention No 138 (1979) de l'OIT (âge minimal d'admission à l'emploi); Convention No 122 (1964) de l'OIT (politique de l'emploi);
- c) Rapports : Convention No 138 de l'OIT, période du 31 décembre 1979 au 30 juin 1983 (12); Convention No 122 de l'OIT, période du 1er juillet 1982 au 30 juin 1986.

Pour plus de détails sur la politique gouvernementale dans le domaine de la protection de l'enfant, voir le rapport précédent sur les droits économiques, sociaux et culturels (art. 10 à 12). On peut ajouter les observations suivantes.

2. Protection et éducation des enfants : mesures spéciales

30. Le Parlement procède actuellement à l'examen d'un projet de loi sur la protection sociale, dont les objectifs sont les suivants :

Donner des instructions aux administrations municipales, provinciales et centrales en matière de protection sociale et culturelle;

Définir les tâches des différentes autorités, l'accent étant mis sur la décentralisation et l'harmonisation, tout en prévoyant l'éventualité de services différenciés dans certains cas;

Montrer la nécessité de tenir compte, au stade de l'élaboration des stratégies, des besoins d'une société pluraliste, et d'encourager l'esprit d'initiative et le sens des responsabilités individuelles. Les groupes socialement désavantagés, les initiatives favorables à l'égalité des chances et certaines questions sociales doivent faire l'objet d'une attention spéciale.

31. Les services visés par ce projet de loi sont tous axés, mais non pas exclusivement, sur l'avancement individuel et social et la promotion du sens des responsabilités individuelles et de l'égalité des droits et des chances pour tous. Il s'agit pour l'essentiel de services ayant des contacts directs avec le public, et dont les principes directeurs sont formulés au niveau de la communauté en raison du rôle traditionnellement joué par les autorités locales dans ces domaines. Il manquait jusqu'alors une loi cadre dans les limites de laquelle décider des principes d'action de certains de ces services, d'où de grandes disparités de réglementations.

32. Les services évoqués ci-dessus sont ceux ayant pour vocation la protection de l'enfant et les activités spéciales en faveur des jeunes. Au cours des dernières décennies, les politiques sociales ont changé de cap, les activités spéciales pour les jeunes prenant le pas sur l'éducation dans le cadre des services interdépartementaux de protection sociale de la jeunesse. Ce processus est décrit dans les rapports finaux du Groupe de travail interministériel sur les services d'internat et du Groupe de travail interministériel sur les services d'externat et de prévention, ainsi que dans l'exposé des principes directeurs de la politique sociale en faveur de la jeunesse.

33. Entre autres mesures nouvelles en faveur de la jeunesse, figurent les suivantes :

La fourniture d'informations sur les soins de santé et la puériculture est considérée comme une importante contribution au dépistage précoce des problèmes de croissance ou des troubles chez l'enfant. A cet égard, les dispensaires et centres de soins pour les enfants, les écoles et les centres communautaires jouent un rôle vital; aussi les pouvoirs publics s'y intéressent-ils de plus en plus.

34. En ce qui concerne les jeunes de 12 à 18 ans, les mesures prises visent à les rendre de plus en plus indépendants. Les enfants fugueurs posent de très gros problèmes. Les pouvoirs publics, qui préfèrent éviter le placement en institutions, accordent une importance spéciale aux services familiaux à domicile fournis par les travailleurs sociaux. Les problèmes que pose l'éducation des enfants adoptifs d'origine étrangère sont un autre secteur de préoccupation prioritaire.

35. On s'efforce d'améliorer les conditions de vie des adolescents, y compris ceux d'origine étrangère, en intensifiant l'adoption de mesures destinées aux groupes marginaux. Les services publics sont rendus plus facilement accessibles aux jeunes de cette catégorie. De nouveaux débouchés sont recherchés pour les nombreux jeunes dont les possibilités d'emploi sont minimales, voire nulles (par exemple les enfants d'ethnies étrangères, les toxicomanes ou les ex-toxicomanes). De nouveaux projets sont en préparation, intéressant notamment les filles sans instruction.

3. Lutte contre le chômage des jeunes

36. En ce qui concerne les jeunes travailleurs, les activités sont principalement axées sur la formation et l'apprentissage. Plusieurs projets ont été lancés à cette fin.

Travail avec maintien des indemnités de chômage

Ce système présente beaucoup d'avantages pour les chômeurs, à l'existence desquels il donne un sens, tout en leur permettant d'améliorer leurs chances sur le marché du travail grâce à l'expérience qu'ils acquièrent; il peut aussi s'agir de cours de recyclage ou de perfectionnement. Certains projets peuvent même déboucher sur des emplois salariés.

37. Le plan d'emplois garantis pour les jeunes

L'objectif est de garantir un emploi - et, partant, des revenus - à tous les jeunes de moins de 21 ans qui n'ont pas encore trouvé un emploi ou qui ont commencé une formation de perfectionnement. Entrent dans ce groupe cible les jeunes ayant quitté l'école depuis plus de six mois et qui

- a) sont restés au chômage pendant plus de six mois;
- b) ou qui, ayant déjà occupé un emploi, sont au chômage.

Ce plan, qui sera progressivement mis en place, ne sera pleinement opérationnel que dans quelques années. Il représentera alors quelque 35 000 emplois : les administrations centrales, provinciales et municipales et les organismes subventionnés offriront des emplois temporaires ou auxiliaires. L'objectif recherché est de permettre progressivement aux jeunes de trouver un emploi normal.

38. Participation à la formation professionnelle des jeunes

Des subventions sont versées aux employeurs qui engagent des apprentis au titre du plan d'apprentissage. Dans le cadre de ce plan, employeurs, employés et pouvoirs publics unissent leurs efforts pour qu'un plus grand

nombre de jeunes gens et de jeunes filles entrent chaque année en apprentissage. Grâce à ce plan, la formation professionnelle a regagné son niveau de 1980, tant du point de vue qualitatif que quantitatif.

39. Dans certaines régions des Pays-Bas, les bureaux de placement ont inauguré un plan destiné à ouvrir des possibilités d'emploi aux jeunes, notamment aux chômeurs de longue durée ayant déjà travaillé, par l'intermédiaire de bureaux de placement temporaire. Des dispositions ont été prises pour inciter les employeurs à soutenir cette action.

40. Les cours destinés aux jeunes chômeurs seront progressivement supprimés. A l'avenir, ils feront partie des activités d'éducation primaire pour adultes axées sur la formation professionnelle. Une attention particulière sera accordée à ceux dont l'instruction laisse le plus à désirer et à ceux qui sont les plus vulnérables sur le marché du travail. Toute une batterie de cours est prévue pour les préparer au monde du travail. Indépendamment de la préparation au certificat d'aptitude professionnelle, ces cours seront conçus de manière à tenir compte des conditions du marché du travail sur le plan local.

4. Statut des enfants illégitimes

41. Les précisions ci-après sont fournies en réponse à une question posée sur le problème des enfants illégitimes, par le Comité lors de l'examen du rapport précédent. Conformément à l'amendement du 27 octobre 1982 (Recueil des lois, ordonnances et décrets 608) de l'article 222 du livre premier du Code civil, le droit familial reconnaît non seulement la filiation maternelle, mais aussi la parenté par cognation et, en cas de reconnaissance par le père, la parenté par consanguinité.

42. Pour plus de détails, voir le rapport des Pays-Bas sur l'article 24 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques.

ARTICLE 11 : DROIT A UN NIVEAU DE VIE SUFFISANT

A. DROIT A UNE NOURRITURE SUFFISANTE

1. Législation

43. a) Législation nationale : loi d'aide publique de 1963; Conseils de contrôle et de purification des eaux; Conférence des Nations Unies sur l'eau, 14-25 mars 1977; loi sur les produits de base de 1933; loi sur la qualité des produits agricoles de 1971; loi sur l'inspection de la viande de 1919; Conférence mondiale sur la réforme agraire et le développement rural, 1979; loi sur les produits phytosanitaires de 1962; Règlements du Conseil des produits de base relatifs aux adjuvants entrant dans la composition des aliments pour animaux.
- b) Nouvelle législation : Convention relative à l'aide alimentaire de 1980; nouvelles dispositions relatives à la mise en application des lois évoquées au paragraphe 61 du premier rapport; loi sur les médicaments vétérinaires de 1986.

2. Politique relative à la nutrition

44. La législation joue un double rôle dans les principes d'action concernant la nutrition. D'une part, elle sert à réglementer la pureté et la salubrité des produits alimentaires - son rôle majeure, en fait - et, d'autre part, à influencer les choix alimentaires. Les principaux textes en la matière restent la loi sur les produits de base, la loi sur la qualité des produits agricoles et la loi sur l'inspection de la viande.

45. L'établissement de normes législatives dans le domaine alimentaire découle rarement d'une initiative nationale, mais plus souvent de consultations internationales, notamment dans le cadre du Codex Alimentarius FAO/OMS. Différents secteurs sont réglementés par les décrets et directives de la Communauté européenne et du BENELUX, certains dérivés du Codex. L'harmonisation des textes internationaux est donc très importante.

46. Les groupes d'intérêt jouent naturellement un rôle proéminent dans l'élaboration de la politique alimentaire. Des liens officiels sont donc maintenus à différents niveaux avec ces groupes, qui représentent les consommateurs, les producteurs, l'industrie ou le commerce (Association des consommateurs, Comité de liaison des consommateurs, Conseils industriels pour l'agriculture, Conseils des produits de base, Comité national des industries agricoles et alimentaires (VAI), Office central de planification des industries alimentaires, etc.). Ces groupes peuvent ainsi, et grâce à des services de spécialistes, jouer un rôle important dans l'élaboration des principes directeurs.

47. Dans le cadre de la loi sur les produits de base (1935), de la loi sur la qualité des produits agricoles (1971), de la loi sur l'inspection de la viande (1919) et de la loi sur les produits phytosanitaires (1962), de nouveaux décrets d'application visent à actualiser la réglementation. Un fait important est la mise en oeuvre de la loi sur la pharmacie vétérinaire, qui définit les concentrations de résidus tolérées dans les produits d'origine animale.

48. Par sa politique de développement, le Gouvernement néerlandais continue de combattre du mieux qu'il peut la misère et la faim dans le monde. Une étape importante a été franchie en 1986, avec la mise en application d'une nouvelle Convention relative à l'aide alimentaire dans le cadre de l'Arrangement international sur les céréales auquel les Pays-Bas sont parties, et qui maintient l'objectif de la fourniture d'une aide en céréales de 10 millions de tonnes par an.

49. Un rapport sur la politique alimentaire et nutritionnelle des Pays-Bas, adopté par le Parlement en 1984, prévoit les différentes mesures à prendre pour améliorer les normes alimentaires de la population. Les dispositions suivantes ont été prises :

Création d'une base de données centralisée à laquelle ont accès les spécialistes de l'éducation nutritionnelle et les chercheurs.
Des installations de recherche et d'informatique fonctionneront dès 1988.

Une étude sur les tendances de la consommation alimentaire a été entreprise à différents niveaux; un rapport sera publié début 1988.

La première étape du plan alimentaire national sera d'attirer l'attention de la population sur la nécessité de réduire la consommation de matières grasses, et notamment de matières grasses saturées. Un comité a donc été chargé de coordonner les programmes et de s'assurer le soutien des producteurs de denrées alimentaires, des organismes de commercialisation, des agents de l'éducation nutritionnelle et des représentants des pouvoirs publics. On envisage une campagne destinée, d'une part, à sensibiliser les consommateurs en les informant de manière à modifier leurs habitudes alimentaires et, d'autre part, à persuader les producteurs de la nécessité d'améliorer la valeur nutritionnelle des produits alimentaires et de recommander des produits plus sains. Depuis 1987, des directives sont promulguées, qui visent à obtenir à titre facultatif un étiquetage plus uniforme et plus équilibré des éléments nutritifs, ainsi qu'à normaliser l'indication des valeurs nutritives. Des données sur la valeur nutritive des aliments consommés et sur l'état nutritionnel des différents secteurs de la population, ainsi que des rapports thématiques sur l'influence de l'alimentation sur la santé, seront publiés régulièrement. Ces informations seront préparées par des chercheurs indépendants dans le cadre des activités du Conseil national de nutrition.

Un additif au rapport sur la politique alimentaire et nutritionnelle a été présenté au Parlement en septembre 1987.

Plusieurs projets de recherche sur l'hygiène alimentaire, dont une étude sur l'incidence des cas de cancer dans le groupe d'âges 55-69 ans par rapport aux habitudes alimentaires, une autre sur l'effet des modifications de l'alimentation sur la prévalence des maladies cardio-vasculaires et l'effet de certains micro-éléments nutritifs sur la tension artérielle.

3. Pollution chimique des denrées alimentaires

50. Le rôle essentiel de la législation sur les denrées alimentaires est de protéger efficacement la population. L'étude des résidus chimiques présents dans différents groupes de denrées alimentaires a permis d'en évaluer le risque de toxicité. Lorsque la concentration réelle ou calculée est voisine de la tolérance fixée par l'OMS, des niveaux maximaux doivent être respectés pour les principaux groupes de produits. Cette précaution s'est avérée nécessaire en ce qui concerne le plomb, le cadmium et les diphényles polychlorés (PCB). Des mesures ont également été prises pour prévenir la toxicité qui s'est avérée accompagner des doses presque équivalentes ou supérieures aux niveaux maximaux. En 1985, on a établi des niveaux maximaux de concentrations de nitrates dans les légumes verts, qui représentent la principale source de ces résidus dans la ration alimentaire de la population des Pays-Bas. De nouvelles études sur les effets toxiques des concentrations de nitrates ont également été entreprises en vue d'ajuster les niveaux maximaux si des considérations de santé publique le justifient.

4. Produits phytosanitaires

51. Divers moyens sont utilisés dans l'agriculture pour protéger les cultures contre les parasites et les maladies (produits chimiques, interventions sélectives et biologiques, physiques et mécaniques, modes de culture, méthodes

dites de lutte intégrée). Les produits phytosanitaires doivent répondre à des normes précises, qui ont été actualisées en 1980. En vertu de la loi y relative, les produits phytosanitaires ne sont homologués que s'ils se sont avérés efficaces et inoffensifs dans des conditions d'utilisation appropriées.

5. Pharmacie vétérinaire

52. La pharmacie vétérinaire permet d'améliorer la croissance des animaux et leur efficacité alimentaire, et de modifier leur comportement. Les substances utilisées peuvent se retrouver sous forme de résidus dans les produits animaux, d'où des risques de toxicité ou d'effets physiologiques. Les concentrations de résidus ne doivent pas dépasser les normes prescrites dans le cas de certaines substances et des produits exportés. La médication vétérinaire est réglementée. Les règlements du Conseil des produits de base relatifs aux adjuvants entrant dans la composition des aliments pour animaux prescrivent les antibiotiques et les produits chimiothérapeutiques qui peuvent être utilisés pour favoriser la croissance des veaux, des porcs et de la volaille destinés à la consommation. L'utilisation d'hormones stéroïdes synthétiques est interdite dans la Communauté économique européenne. La difficulté majeure en matière de contrôle est, dans bien des cas, le manque de précision ou de spécificité des analyses effectuées pour déceler les traces de résidus. On s'efforce donc, en priorité, de mettre au point des méthodes fiables d'analyse des résidus des substances les plus couramment utilisées. Le contrôle des résidus vétérinaires dans la viande relève normalement du système établi à cet effet par la loi sur l'inspection de la viande. La loi sur le bétail et la loi sur l'inspection de la viande ont été rendues plus rigoureuses à la suite de la modification, en 1985, de la directive de la Communauté économique européenne sur le contrôle de la viande. Certains décrets sur les produits de base contiennent aussi des spécifications relatives aux résidus vétérinaires, et notamment aux substances antibiotiques.

B. DROIT A UN VETEMENT SUFFISANT

53. Voir le premier rapport. Aucun fait nouveau n'est à signaler.

C. DROIT A UN LOGEMENT SUFFISANT

1. Législation

54. a) Législation nationale : loi sur l'aide au logement de 1947 et le décret y relatif de 1984; loi sur le logement (1962 et 1965); loi sur les loyers de 1979; loi sur les commissions sur les loyers de 1979 et décret sur les loyers de 1979; Code civil; ordonnance sur l'accession à la propriété (assistance financière) de 1979; ordonnance sur l'amélioration du logement privé (assistance financière) de 1979;
- b) Nouvelle législation : paragraphe 2 de l'article 22 de la Constitution de 1983; loi sur la rénovation urbaine et rurale de 1985; loi sur les logements inoccupés de 1986; loi sur la subdivision des unités de logement de 1987.

2. Généralités

55. La politique adoptée par le gouvernement en ce qui concerne le droit à un logement suffisant, qui était décrite dans le premier rapport, s'est traduite par les faits nouveaux exposés ci-après.

56. Aux termes de l'alinéa 2 de l'article 22 de la Constitution, les pouvoirs publics veillent à promouvoir des équipements de logement suffisants.

Rôle du gouvernement dans la réalisation du droit à un logement suffisant

57. La politique nationale du logement a pour principal objectif d'assurer le meilleur logement possible à tous les membres de la société, en partant du principe que chacun, sans distinction de nationalité, de race, de religion ou de sexe, peut, à partir de l'âge de 18 ans, ou avant cet âge dans certains cas, prétendre légitimement à un logement individuel. Les pouvoirs publics s'emploient de différentes manières à la réalisation de cet objectif, notamment au moyen de dispositions législatives et financières.

58. Au premier rang des mesures prises, figurent les subventions en faveur de l'accession à la propriété en vertu de la loi sur le logement. On compte ainsi assurer un patrimoine immobilier qui corresponde qualitativement, quantitativement et géographiquement aux besoins identifiés par les pouvoirs publics. Au cours des années, la pénurie de logements a été réduite à un peu plus de 1 % du parc immobilier, lequel représente actuellement environ 5,5 millions de logements.

59. Viennent ensuite les allocations de logement destinées à éliminer les obstacles qui empêchent les groupes à faible revenu d'accéder au marché du logement. A l'heure actuelle, quelque 850 000 ménages (soit 25 % des locataires) bénéficient de ce genre d'allocations au titre de la loi sur l'allocation individuelle au logement.

60. La position des locataires sur le marché du logement a été renforcée par l'introduction d'un système de réglementation qui les protège, notamment contre les loyers excessifs. Cette réglementation est contenue dans le code civil et la loi sur les loyers de 1979, cette dernière étant conçue de manière à assurer que les loyers correspondent à la qualité des logements.

61. Un nouveau texte de loi permet désormais aux municipalités de réglementer s'il le faut, l'utilisation et la répartition des logements. Les dispositions en sont examinées plus en détail ci-après.

Utilisation et répartition des logements

62. Ce domaine est régi par la loi sur la répartition des logements de 1947 et le décret y relatif de 1984, par la loi sur les logements inoccupés et par certaines dispositions de la loi sur le logement.

63. La loi de 1947 vise à assurer une répartition des logements qui tienne compte des besoins des ménages ayant des difficultés à se loger pour des raisons financières ou sociales. Cette loi se caractérise par un mécanisme d'application extrêmement décentralisé.

64. La répartition des logements est considérée incomber aux municipalités, la tâche de l'Etat consistant essentiellement à établir certains paramètres. Les municipalités ont à leur disposition divers instruments sur lesquels fonder leur politique, compte tenu du marché du logement sur le plan local et des considérations connexes.

65. La loi de 1947 ne s'applique qu'en cas de crise du logement, ou pour de rares catégories de logements. Les deux dispositions majeures en sont :

L'interdiction d'occuper soi-même ou de permettre à d'autres d'occuper un logement pour lequel la municipalité n'a pas délivré de permis d'habiter. Si les locaux sont occupés sans permis, le locataire et le propriétaire peuvent faire l'objet de poursuites et d'un arrêté d'expulsion;

Les autorités locales peuvent réquisitionner des logements en faveur des personnes qui en ont un besoin urgent.

66. La loi de 1947 habilite le ministre du logement, de l'aménagement du territoire et de l'environnement à introduire de nouvelles dispositions réglementaires à l'égard des permis d'habiter; l'ordonnance sur le logement de 1984 procède de ces pouvoirs. Généralement, ces dispositions introduisent des restrictions à la réglementation municipale. Les loyers ne peuvent dépasser certains plafonds. Normalement, un permis d'habiter n'est pas requis de l'occupant qui a acheté son logement, mais il existe certaines exceptions à cette règle. Légalement, les municipalités ne peuvent refuser l'accès au marché local du logement aux demandeurs qui ont des difficultés à se loger pour des raisons économiques. Il s'agit notamment des chômeurs. Les demandeurs actifs ont la possibilité de s'installer dans la municipalité ou la région avec laquelle ils ont des liens économiques.

67. En vertu de la loi sur la répartition des logements de 1947 et de l'ordonnance sur le logement de 1984, les municipalités peuvent jouer un rôle passif ou actif en la matière, c'est-à-dire qu'elles peuvent, soit se limiter à contrôler le marché par le biais des permis, soit influencer sur l'offre et la demande en veillant à la répartition des logements, et même aller jusqu'à réquisitionner des logements en cas de besoin.

68. En vertu de la loi sur le logement, la transformation d'un bâtiment en immeuble d'appartements doit faire l'objet d'une autorisation écrite du conseil municipal. Cette disposition vise, d'une part, à empêcher la subdivision en appartements de certains bâtiments - soit en raison de leur disposition, soit en raison de leur vétusté - et, d'autre part, à s'assurer que cette subdivision ne porte pas préjudice aux plans urbains de rénovation, de reconstruction ou d'amélioration.

69. La loi sur la subdivision des habitations est entrée en vigueur le 1er mai 1987. Ce texte, qui porte modification des dispositions de la loi sur le logement relatives à la subdivision, rend possible le refus d'un permis de subdivision pour des raisons "d'intérêt public", telles que la répartition de logements en faveur des groupes cibles.

70. Les fluctuations du marché du logement rendent nécessaire une réévaluation constante du rôle à moyen terme des administrations locales et centrales. Cette réévaluation est en cours.

71. Au centre du débat sont la question de la possibilité et de l'opportunité de l'abandon par les pouvoirs publics d'une partie de leurs prérogatives dans ce domaine en faveur de la décentralisation, et celle des mesures à prendre pour renforcer la position de l'utilisateur sur le marché du logement. Dans la pratique, cela équivaut à préconiser la révision des textes législatifs qui régissent à l'heure actuelle, l'utilisation et la répartition des logements - à savoir, la loi sur la répartition des logements (1947), l'ordonnance sur le logement (1984), la loi sur les logements inoccupés, la loi sur la subdivision des logements et certains articles de la loi sur le logement. On envisage de remplacer les textes législatifs existants par une seule loi nouvelle sur le logement.

72. Après ce remaniement, les divers organes gouvernementaux compétents (notamment les autorités municipales) devraient conserver les pouvoirs nécessaires, tout en disposant d'instruments qui leur permettent d'adapter leurs politiques à l'évolution du marché du logement en général, et des marchés locaux en particulier, tout en respectant les principes énoncés dans le Pacte international.

3. Rénovation urbaine

73. La rénovation urbaine relève au premier chef des municipalités. Une nouvelle loi sur la rénovation urbaine et rurale est entrée en vigueur le 1er janvier 1985. En vertu de cette loi, des fonds publics exclusivement et spécialement réservés à la rénovation urbaine et rurale sont directement transférés sous forme d'allocations globales aux municipalités, sans examen préalable des projets ou plans locaux de la part des autorités centrales. Les autorités municipales sont toutefois tenues de faire rapport. Les subventions gouvernementales destinées à l'amélioration des logements locatifs qui sont accordées dans le cadre des procédures en vigueur sont exclues de cette réglementation.

4. Occupants (Squatters)

74. La loi sur les logements inoccupés est entrée en vigueur le 1er janvier 1986. L'adoption de cette loi s'est imposée en raison, d'une part, du comportement de certains squatters dans quelques municipalités, surtout dans les grandes agglomérations, où ils se montraient extrêmement violents, causant des dommages importants, et, d'autre part, de l'existence de logements vacants en période de crise. Cette loi vise à régler le problème des logements inoccupés. En vertu de la loi de 1947 sur la répartition des logements, les municipalités pouvaient déjà réquisitionner des logements; mais, désormais, grâce à la nouvelle loi, les logements n'ont plus à être destinés à des locataires connus d'avance, et les municipalités peuvent procéder à des réquisitions d'intérêt général.

75. Désormais, les logements inoccupés peuvent être loués à titre temporaire. Depuis le 1er janvier 1987, les autorités peuvent citer à comparaître les squatters sans les nommer. A l'heure actuelle, les logements inoccupés représentent 2,4 % environ du parc immobilier. Ce pourcentage n'est pas alarmant : au contraire, un certain nombre de logements vacants est nécessaire pour le bon fonctionnement du marché du logement. Par contre, la concentration des logements inoccupés dans certains types d'immeubles, notamment les tours d'habitation, est préoccupante. Ce phénomène de marché faible (favorable au

demandeur) est plutôt récent, et semble être lié à la tendance du marché du logement dans certains secteurs (logements locatifs plus coûteux et logements habités par leurs propriétaires). Cette situation élargit les possibilités de choix de ceux qui cherchent un logement, le corollaire étant que l'offre excède la demande dans le cas des logements dont le rapport qualité-prix est jugé défavorable.

5. Minorités

a) Généralités

76. Les politiques gouvernementales visent à réduire, voire éliminer la disparité qualitative des logements. Comme, d'un point de vue général, il existe une grande similitude entre les problèmes de logement des minorités et ceux des autres membres de la société, il faut s'efforcer de les résoudre dans le contexte de stratégies d'ensemble, s'il apparaît que les mesures prises à ce titre marginalisent les minorités, des mesures spéciales doivent être prises, de préférence dans le cadre d'une politique globale.

77. Les autorités municipales étant les premières responsables de la politique de répartition des logements, le secrétaire d'Etat au logement, à l'aménagement du territoire et à l'environnement leur a adressé en avril 1983 une circulaire contenant des recommandations sur la politique à suivre en matière de logement et en ce qui concerne les membres de groupes minoritaires. Un avant-projet d'ordonnance sur la répartition des logements a été récemment rédigé pour le compte de l'Union des municipalités néerlandaises, en consultation avec le Ministère du logement, de l'aménagement du territoire et de l'environnement. Il s'agit de mettre à la disposition des municipalités un instrument permettant d'assurer une répartition des logements aussi efficace et équitable que possible. Les groupes désavantagés, tels que les minorités, devraient être les premiers bénéficiaires de ces dispositions.

78. Etroitement lié à la répartition des logements est le mode d'établissement des minorités sur le territoire des municipalités. Les pouvoirs publics sont opposés à la concentration ou à la dispersion systématique des minorités. Quiconque dépose une demande de logement doit être traité avec égalité, quelle que soit son origine ethnique.

79. Un projet pilote de durée limitée, destiné à favoriser la fourniture de logements aux familles nombreuses des minorités ethniques, est en cours. En 1982, les municipalités ont été informées par circulaire des conditions dans lesquelles des subventions pouvaient être accordées.

80. A l'heure actuelle, le Ministère du logement, de l'aménagement du territoire et de l'environnement travaille à des directives sur la planification et la gestion des projets destinés à l'établissement de groupes. Dans ce cadre général, les municipalités pourront consulter les techniciens compétents ou les gestionnaires des services du logement pour savoir s'il est tenu compte des souhaits exprimés par les minorités ethniques.

81. Depuis le milieu de l'année 1981, les pouvoirs publics ont pris des dispositions qui permettent de verser aux familles nombreuses vivant dans des logements adéquats des allocations individuelles au logement, même si le loyer est supérieur au plafond normalement fixé. Cependant, la partie excédentaire

du loyer ne peut être subventionnée. L'objectif des mesures proposées au titre du projet en faveur des familles nombreuses est de faire en sorte que les loyers n'excèdent pas les limites établies.

b) Occupants de caravanes

82. Les dispositions prises à l'égard des occupants de caravanes visent à leur assurer un nombre suffisant d'emplacements bien situés et bien équipés. Des emplacements destinés à accueillir un petit nombre de caravanes sont ouverts sur des terrains municipaux qui conviendraient aussi à la construction de logements sociaux. L'implantation des occupants de caravanes relevant du Ministère du logement, de l'aménagement du territoire et de l'environnement, il a été possible d'intégrer les principes directeurs d'aménagement, d'équipement et de financement des emplacements destinés aux caravanes à la politique du logement de caractère général, que ce soit au niveau des autorités locales ou des autorités centrales.

83. Au cours des dernières années, on s'est attaché à réduire la superficie des emplacements réservés aux caravanes dans les régions et, d'une manière plus générale, à les fermer; cette politique sera poursuivie avec toute la célérité nécessaire, en collaboration avec les autorités provinciales et municipales. Un projet de loi sur les subventions aux occupants de caravanes a été déposé devant le Parlement. Ce texte servira de base législative aux dispositions régissant actuellement l'acquisition et l'occupation de caravanes, qu'on s'est efforcé de rapprocher autant que possible des dispositions ayant trait aux coûts d'achat ou de location des logements normaux.

84. La gestion du patrimoine immobilier relève davantage des autorités municipales que du gouvernement central. Lorsqu'il apparaît que les minorités ne jouissent pas d'un traitement équitable, les autorités gouvernementales s'adressent en premier aux autorités locales compétentes auxquelles, le cas échéant, elles demandent de faire rapport et de prendre les dispositions qui s'imposent pour éliminer ce genre de situation. Si cela ne suffit pas à résoudre le problème, des sanctions ou des mesures doivent être envisagées. Indépendamment d'une éventuelle intervention administrative de la part des autorités, quiconque s'estime victime de mesures discriminatoires l'empêchant de trouver un logement peut intenter une action en justice.

ARTICLE 12 : DROIT A LA SANTE PHYSIQUE ET MENTALE

Législation

85. a) Législation nationale : loi sur les maladies infectieuses de 1928; loi sur la quarantaine de 1960; loi sur le contrôle des viandes de 1919; loi sur les biens de consommation de 1935; loi sur l'organisation de la profession médicale de 1982, telle que modifiée en 1986; loi sur les frais médicaux exceptionnels (indemnisation) de 1980, telle que modifiée en 1986; loi sur les sérums et vaccins de 1927, telle que modifiée en 1971; loi sur la santé publique de 1956, telle que modifiée en 1986; loi sur la pratique médicale de 1865, telle que modifiée en 1986;

- b) Nouvelle législation : loi sur les interruptions de grossesse de 1981; projet de loi sur les soins médicaux et les services sociaux de 1986; loi sur les centres médicaux de 1982, telle que modifiée en 1986.

A. SOINS MEDICAUX POUR LES ENFANTS

1. Soins médicaux pour les enfants

86. Les soins médicaux pour les enfants englobent les diverses activités médicales ayant pour but d'améliorer et de protéger le bien-être physique, la croissance et le développement des enfants, et de lutter contre les maladies ou les anomalies.

a) Soins pour les nouveaux-nés et les enfants d'âge préscolaire

87. Il existe 3 000 centres de soins pour les nouveaux-nés, et plus de 2 000 pour les enfants d'âge préscolaire. Plus de 90 % des enfants nés vivants sont inscrits auprès d'un centre de soins pour nouveaux-nés, et une proportion allant des deux tiers aux trois quarts des enfants d'âge préscolaire auprès d'un centre de soins spécialisé dans cette catégorie d'enfants. Un très petit nombre de nouveaux-nés et un petit nombre d'enfants d'âge préscolaire sont suivis par des médecins généralistes ou par des pédiatres indépendants.

88. Les centres de soins pour nouveaux-nés et pour enfants d'âge préscolaire sont organisés et dirigés par des associations locales. Dans la plupart des cas, l'infirmière de district n'est pas spécialisée dans les soins aux enfants, et a qualité pour donner tous les soins offerts par ces associations. Le travail d'infirmière généraliste de district étant un travail à plein temps, ces infirmières, qui sont en tout au nombre de 3 500 au plus dans le pays, ne consacrent qu'une partie de leur temps aux soins aux enfants. Depuis quelques années, les infirmières de district travaillent de plus en plus en groupes. Chacun de ces groupes - ou unités - est dirigé par une infirmière principale de district, ayant sous ses ordres de 9 à 15 infirmières de district.

89. Plus de 2 000 médecins travaillent dans les centres de soins pour nouveaux-nés et pour enfants d'âge préscolaire, en général à temps partiel. Ces médecins sont rarement employés par les associations locales, mais en reçoivent des émoluments. La plupart d'entre eux n'ont pas suivi de formation spéciale pour ce type de travail. Certains centres de soins disposent d'un personnel d'appoint administratif ou autre. Pendant la première année après la naissance, les enfants sont examinés une dizaine de fois environ dans le centre de soins où ils sont inscrits. Les enfants d'âge préscolaire sont examinés cinq fois entre les âges de un et quatre ans ou de un à six ans, selon l'âge à partir duquel c'est le médecin scolaire qui devient responsable de leur surveillance.

90. Les services d'obstétrique et de soins aux enfants qui dépendent des associations susmentionnées possèdent à l'échelle provinciale des branches au sein desquelles travaillent des médecins et des infirmières chargés de faire progresser les méthodes de travail, d'organiser des cours de recyclage pour leurs collègues, de surveiller les expériences et de conseiller les médecins et les infirmières travaillant dans les centres de soins. Ces médecins, qui

ont suivi pour la plupart une formation spéciale à la pédiatrie ou aux soins pour enfants, jouent un rôle crucial dans la protection sanitaire des jeunes enfants.

b) Médecine scolaire

91. Les enfants sont admis à l'école primaire à l'âge de quatre ans. Parmi ces enfants, 30 % environ fréquentent auparavant, de deux à quatre ans, une crèche pendant une ou plusieurs matinées ou après-midis par semaine.

92. Parmi les médecins scolaires (500 en tout), un sur deux environ travaille également dans un centre de soins pour enfants. La moitié de ces médecins travaillent avec une infirmière scolaire, les autres avec un assistant médical ou administratif sans formation particulière pour les soins aux enfants. Outre les médecins, les infirmières et les assistants, les services de médecine scolaire emploient des psychologues et des orthophonistes.

c) Détection des troubles du comportement

93. Il existe dans le pays de très nombreux services consacrés aux soins aux jeunes enfants et à la détection rapide des troubles effectifs ou éventuels du comportement. La coordination et la coopération entre ces services seront renforcées grâce à la création d'un réseau national réunissant les associations régionales et les équipes de spécialistes.

2. Détection avancée des troubles du comportement

94. Le gouvernement avait décidé en 1976 de créer un comité national pour la détection avancée des troubles du comportement chez l'enfant, en le chargeant de formuler des recommandations sur l'application d'un système de coopération nationale dans ce domaine. Le rapport final de ce comité, rendu public en 1981, contenait des recommandations sur les méthodes de diagnostic, sur la formation spécialisée et sur l'organisation générale des services de détection avancée des troubles du comportement. Le comité proposait la création dans chaque région d'une unité au sein de laquelle collaboreraient tous les individus et toutes les institutions ou organisations travaillant dans ce secteur. Un réseau national regroupant les associations régionales et les équipes pluridisciplinaires devait également être mis en place pour relier toutes ces unités.

95. Les conclusions du gouvernement sur le rapport final du comité ont été soumises à la Chambre basse du Parlement en 1983. Les recommandations du Comité y étaient généralement approuvées, mais certaines précisions étaient demandées sur divers points, tels que les limites des régions envisagées, les services minimums à prévoir, les limites précises des groupes cibles et les modalités de participation des familles à l'effort général. A l'heure actuelle, plusieurs projets expérimentaux sont mis en oeuvre dans diverses parties du pays. Les conclusions à en tirer fourniront au gouvernement les bases de sa décision finale, prévue avant la fin de l'année 1988.

B. PROTECTION DE L'ENVIRONNEMENT - SANTE ET SECURITE SUR LE LIEU DE TRAVAIL

1. Législation

96. a) Législation nationale : loi sur les nuisances de 1875; loi sur la pollution des eaux de surface de 1969; loi sur la pollution de l'air de 1970; loi sur la pollution marine par les hydrocarbures de 1958; loi sur la pollution des mers de 1975; loi sur l'énergie nucléaire de 1963; loi sur les pesticides de 1962; loi sur les substances dangereuses de 1969; loi sur les nuisances sonores de 1979; loi sur l'élimination des déchets de 1977; loi sur les déchets chimiques de 1976; loi sur la protection de l'environnement de 1979; amendements de 1979 à la loi sur les enlèvements de sols et à la loi sur les eaux souterraines; loi sur les frais médicaux exceptionnels (indemnisation); loi sur l'assurance maladie de 1964;
- b) Nouvelle législation : loi sur les conditions de travail de 1980.

2. Politique générale de l'environnement

97. La fin de l'année 1986 a été marquée par la publication d'un programme indicatif pour la période 1987-1991. Ce plan, le troisième du genre, prolonge les plans antérieurs sur la base des résultats acquis. Les domaines prioritaires restent inchangés :

- Retombées d'acides;
- Décharges d'engrais;
- Dissémination des substances dangereuses pour l'environnement;
- Elimination des déchets, y compris les déchets résultant de la purification des sols, les déchets domestiques et industriels, les déchets chimiques et les déchets radioactifs;
- Nuisances, y compris les nuisances sonores, olfactives et par radiation.

98. Cependant, le gouvernement entend également réagir à d'autres problèmes, d'apparition plus récente. Il poursuivra à cette fin une double politique, composée à la fois de mesures préventives et de mesures correctives. Un programme spécial d'activités pour la période 1987-1991 décrit l'ensemble des mesures et des réglementations proposées à cette fin par le gouvernement, et indique les dates auxquelles ces objectifs doivent être atteints. On trouvera ce programme annexé au présent rapport.

99. De plus, les Pays-Bas ont signé dix conventions internationales sur l'environnement depuis 1979. Les principaux de ces instruments sont les suivants :

- Convention de 1980 sur la protection physique des matières nucléaires;
- Accord de 1984 concernant la coopération en matière de lutte contre la pollution des eaux de la mer du Nord par les hydrocarbures et autres substances dangereuses;

- Convention de Vienne de 1985 pour la protection de la couche d'ozone;
- Convention de 1985 pour la protection et la mise en valeur de milieux marins dans la région des Caraïbes;
- Convention de 1986 sur la notification rapide d'un accident nucléaire;
- Convention de 1986 sur l'assistance en cas d'accident nucléaire ou de situation d'urgence radiologique.

3. Loi sur les conditions de travail

Introduction

100. Les premiers éléments de la loi sur les conditions de travail (loi du 8 novembre 1980, Journal officiel No 664) sont entrés en vigueur le 1er février 1983 (décret du 15 novembre 1982, Journal officiel No 673) (voir annexe 1).

101. Cette loi remplace :

- La loi sur la sécurité de 1934, l'exception faite pour le moment du travail accompli dans les établissements d'enseignement, dans la fonction publique, dans les transports terrestres, aériens ou maritimes, dans les établissements pénitentiaires et dans les établissements d'Etat pour la protection des enfants (art. 2 et 46);
- La loi sur la silicose;
- La loi sur les dockers (en ce qui concerne les questions de sécurité).

102. La loi sur les conditions de travail contient des dispositions protégeant la sécurité, la santé et le bien-être des travailleurs sur leur lieu de travail. L'article 24 prévoit que des règlements pourront être édictés en vue de l'application de cette loi. La liste des sujets qui pourront être visés par ces règlements, telle qu'elle est formulée dans cet article, n'est pas limitative.

103. La loi elle-même impose aux employeurs certaines obligations générales :

- Principes fondamentaux énoncés à l'article 3. Ces principes, qui doivent servir de base aux politiques de sécurité, de santé et de bien-être des travailleurs, portent en partie sur les sujets déjà régis par des règlements particuliers, et en partie sur des sujets pour lesquels il n'existe pas encore de règlements. Les alinéas f) et i) de cet article contiennent des dispositions consacrées au bien-être des travailleurs;
- Les politiques générales des entreprises doivent notamment avoir pour but de parvenir au maximum possible de sécurité, de protection médicale et de bien-être des travailleurs (art. 4, par. 1);
- Les travailleurs doivent recevoir une information et des directives concernant notamment la nature de leur travail, les dangers que celui-ci peut comporter, les mesures de protection et les équipements personnels de protection (art. 6);

- Une information et des directives plus détaillées sont prévues pour les travailleurs âgés de moins de 18 ans (art. 7);
- Les accidents et les maladies professionnelles doivent être consignés et signalés (art. 9).

104. En outre, les entreprises et établissements visés peuvent être tenus :

- De formuler chaque année une politique de sécurité, de santé et de bien-être sous la forme d'un plan écrit pour une période d'un an au moins (art. 4, par. 3);
- De rédiger des rapports annuels (art. 10);
- De rédiger des rapports sur la sécurité sur le lieu de travail (art. 5);
- De désigner des conseillers pour les travailleurs de moins de 18 ans (art. 8).

4. Politique de la santé et du bien-être

105. Les mesures concernant la santé et la sécurité sur le lieu de travail peuvent aussi servir à renforcer l'égalité des chances entre travailleurs et travailleuses, et à éliminer les obstacles sur cette voie. L'Agence gouvernementale de conseil médical est chargée à la fois des questions de santé et de sécurité sur le lieu de travail, et de lutter contre l'absentéisme au travail.

106. Les services de médecine professionnelle ne font pas de distinction entre hommes et femmes : seule les intéresse l'aptitude médicale des individus à exercer un travail particulier. Dans certaines conditions de travail, la grossesse peut occasionner une inaptitude temporaire au travail, auquel cas un certificat médical est délivré dans l'intérêt de la femme ou de l'enfant.

107. Les conceptions traditionnelles sur le rôle de l'homme et de la femme peuvent jouer un certain rôle dans les problèmes individuels sur le lieu de travail. Les médecins d'entreprises doivent en être conscients et, le cas échéant, s'adresser à l'assistante sociale de l'entreprise. L'Agence de conseil médical exige des médecins d'entreprises qu'ils soient suffisamment informés et compréhensifs sur ce point.

108. Les statistiques montrent qu'en moyenne les femmes prennent plus de congés pour maladie que les hommes. Cependant cette différence s'explique en grande partie par des facteurs qui ne sont pas spécialement liés au sexe. Pour combattre les préjugés sur l'absentéisme des travailleuses, il est exigé que les registres d'absences précisent le sexe des intéressés, leur type de travail, leur âge, leur horaire de travail et, si cela est possible, la nature et la qualité du poste occupé. Les congés de maternité sont enregistrés séparément.

5. Assistants sociaux d'entreprise

109. Les assistants sociaux d'entreprise sont chargés d'apporter une aide spécialisée aux travailleurs ou aux groupes de travailleurs en vue d'éliminer les problèmes liés à leur travail. Il s'ensuit que ces travailleurs sociaux ont également à connaître des problèmes découlant des conceptions traditionnelles sur le rôle de l'homme et de la femme, ou liés à ces conceptions.

C. ACTION POUR LA SANTE PUBLIQUE

1. Dépistage systématique des maladies

a) Dépistage du cancer du cerveau

110. Le gouvernement a décidé en 1975 de financer des recherches scientifiques sur l'utilité du dépistage du cancer du cerveau dans trois grandes régions, choisies à titre expérimental. Peu après, l'opinion publique a conduit le gouvernement à étendre au reste du pays ce type de dépistage subventionné. Comme cependant ce dépistage préventif était déjà organisé sur une large échelle dans le cadre des services de soins de santé primaires, et qu'il paraissait impossible de revenir sur cet état de choses, il a été logiquement décidé en 1982 de mettre fin à ce type de dépistage subventionné et de transférer la responsabilité du dépistage systématique au secteur des soins de santé primaires. Les conclusions d'une étude ministérielle ont convaincu la Chambre basse du Parlement que le dépistage systématique du cancer du cerveau pouvait fort bien se faire dans le cadre des services de santé primaires. Le dépistage subventionné est donc en cours de suppression progressive. Pendant la période actuelle de transition, le dépistage se fait dans une grande partie du pays avec l'aide de subventions municipales et/ou d'une contribution financière demandée aux femmes qui se prêtent à ces examens. Le rapport définitif sur le dépistage expérimental dans les trois régions susmentionnées devait être rendu public à la fin de l'année 1987, en même temps qu'une analyse sur le rapport coût-efficacité.

b) Dépistage du cancer du sein

111. En 1977, le Secrétaire d'Etat pour la santé publique et l'environnement avait demandé au Président du Conseil de la santé publique, par une lettre datée du 21 février, de rendre public un rapport préliminaire sur la détection rapide du cancer du sein. Deux rapports intérimaires ont été publiés, en 1981 et 1984, avant le rapport définitif du Conseil de la santé publique, qui date de juin 1987. Ce dernier rapport, dont les conclusions s'inspiraient de deux projets pilotes, affirmait la nécessité d'un examen biennal par mammographie pour les femmes âgées de 50 à 70 ans.

112. Au cours de l'année 1987, le Secrétaire d'Etat à la protection sociale, à la santé publique et aux affaires culturelles a désigné la ville de Nimègue comme centre de référence pour la détection du cancer du sein et a dégagé les premiers crédits pour l'élaboration de programmes de formation et pour l'amélioration qualitative des examens servant à cette détection. La Fondation Reine Wilhelmine s'est engagée à préparer et à réaliser une campagne d'information.

c) Détection du cancer du poumon

113. La recherche scientifique ayant démontré l'inutilité pratique de la détection du cancer du poumon, la politique de santé publique en la matière continuera au cours des prochaines années à donner la priorité à la prévention primaire de ce type de cancer (voir aussi le paragraphe suivant). Les services ministériels compétents étudieront les statistiques sur la mortalité due à cette maladie afin d'établir si, comme le pensent les spécialistes du poumon, la suppression du dépistage de la tuberculose a pu avoir des conséquences négatives.

d) Dépistage du cancer de la prostate

114. En réponse à une question posée par un membre du Parlement, le Ministère de la protection sociale, de la santé publique et des affaires culturelles a procédé à une étude de la documentation existante sur l'utilité du dépistage du cancer de la prostate. La Chambre basse, informée des résultats de cette étude en 1986, a donné son plein accord à la conclusion négative du Secrétaire d'Etat.

2. Contrôle des médicaments, du tabac et de l'alcool

a) L'Institut d'Etat pour le contrôle des médicaments

115. L'Institut d'Etat pour le contrôle des médicaments, à Leyde, qui relève de l'autorité du Ministère de la protection sociale, de la santé publique et des affaires culturelles, exerce d'importantes fonctions en matière de contrôle de la qualité et d'analyse des médicaments. La qualité de certains médicaments y est contrôlée dans le cadre de la procédure d'agrément que la loi prévoit pour ces produits pharmaceutiques. D'autres médicaments sont également testés.

b) Contrôle de la consommation d'alcool

116. La consommation d'alcool a plus que triplé dans le pays au cours des 25 dernières années. En 1986, le buveur moyen avait consommé environ 12 litres et demi d'alcool à 100 %, soit l'équivalent de plus de 1 000 verres. La consommation générale par habitant était de 8,3 l.

117. Cette nette augmentation de la consommation d'alcool a entraîné une augmentation correspondante des problèmes liés à l'alcool. En 1986, plus de 2 000 décès étaient directement attribués à l'excès d'alcool, et plus de 10 000 personnes avaient été hospitalisées pour des maladies liées à l'alcool. En 1985, 5 300 personnes avaient été admises dans des hôpitaux psychiatriques ou dans des cliniques spécialisées à la suite d'un prédiagnostic d'alcoolisme. Les bureaux de consultation médicale pour les alcooliques et les toxicomanes, dont l'activité s'étend à l'assistance postcure, ont eu en 1987 à s'occuper d'environ 15 000 alcooliques et 11 000 toxicomanes, pour un coût total de quelque 70 millions de florins. Cette inquiétante évolution a conduit le gouvernement à annoncer une politique destinée à modérer la consommation d'alcool. On prévoit à ce titre des campagnes de publicité, une amélioration des services d'assistance individuelle aux alcooliques, des mesures plus générales, telles que le remplacement de la loi sur la restauration et les licences par une loi sur l'alcool plus simple et plus efficace, ainsi que certaines restrictions à la publicité pour l'alcool et à la vente d'alcool.

c) Politique gouvernementale antistupéfiants

118. L'action de prévention et de lutte contre les risques que la toxicomanie fait courir aux toxicomanes, à leur milieu et à la société dans son ensemble, est depuis quelques années un des objectifs primordiaux du gouvernement. Le but poursuivi ici n'est pas de lutter contre la toxicomanie elle-même, ni de poursuivre les quelque 15 000 à 20 000 toxicomanes, mais de réduire les risques encourus. Indépendamment de l'action qui se poursuit contre le trafic de stupéfiants, l'élaboration des politiques tient de plus en plus compte des circonstances personnelles et sociales qui font que les individus ont recours aux stupéfiants et deviennent toxicomanes. Pendant trop longtemps, l'assistance offerte aux individus a eu pour but de mettre fin à la toxicomanie elle-même, la conséquence étant que les toxicomanes qui ne ressentaient pas le besoin de cesser de se droguer, ou qui n'en étaient pas capables, échappaient à ces efforts. A l'heure actuelle, les modalités de l'assistance sont plus étroitement adaptées aux besoins réels et aux capacités des toxicomanes. Ces formes nouvelles d'assistance ont essentiellement pour but d'améliorer la vie sociale et l'état physique des toxicomanes, plutôt que de s'attaquer à la toxicomanie elle-même. Les bureaux de consultation médicale pour alcooliques et toxicomanes offrent ainsi un grand nombre de services selon la formule de la consultation externe, y compris des services de fourniture de méthadone (voir les chiffres donnés au paragraphe précédent). Certains services de santé municipaux ont également lancé des programmes de méthadone. Outre les cliniques spécialisées mentionnées dans le paragraphe consacré à la consommation d'alcool, d'autres organisations offrent des services sociaux de caractère individuel : travail sur le terrain, centres d'accueil, aide matérielle, reclassement social, etc. Les efforts de reclassement social ne sont pas limités à la période postcure, mais commencent en même temps que l'assistance.

d) Lutte contre le tabac

119. Depuis plusieurs années, la politique officielle de lutte contre le tabac se traduit principalement par un effort d'information et d'éducation. C'est ainsi par exemple qu'une subvention est accordée à l'Organisation pour la santé publique et contre le tabac, dont les campagnes de publicité ont pour but de faire connaître à la population les dangers du tabac. Ce type d'information entre également dans le programme d'enseignement de l'hygiène, qui tend, à l'intérieur et à l'extérieur des établissements scolaires, à faire triompher un mode de vie plus sain. L'action législative est le deuxième instrument de la politique officielle en la matière, et le Parlement a adopté en 1987 une loi sur le tabac dont les dispositions visent à limiter l'utilisation du tabac et à protéger les non-fumeurs, notamment les jeunes. Cette loi offre une base légale permettant de limiter la publicité, d'interdire la vente des produits à base de tabac dans les établissements scolaires ou universitaires et médicaux, et de mettre en place des zones non-fumeurs dans les bâtiments officiels. Il y a à l'heure actuelle de 4 à 5 millions de fumeurs aux Pays-Bas, et l'usage du tabac y fait mourir chaque année environ 16 000 personnes. Bien que le nombre relatif de fumeurs ait nettement diminué au cours des dernières décennies, le niveau total de la consommation de tabac a augmenté.

3. Le SIDA aux Pays-Bas

120. Une équipe nationale de coordination sur le SIDA a été créée en 1983, lorsqu'il est devenu apparent que le virus du SIDA constituait une menace aux Pays-Bas comme dans les autres pays. L'une des tâches de cette équipe était de coordonner les efforts d'information destinés à la population. Dans un premier temps, cette information visait plus particulièrement les groupes à risque, tels que les hommes homosexuels ou bisexuels, les toxicomanes se servant de seringues et les hémophiles. D'autres programmes d'information visaient les donneurs de sang et les personnes que leur profession pouvait faire entrer en contact avec la maladie. Les services de santé municipaux, les hôpitaux et autres établissements de ce genre recevaient cette documentation, qu'ils étaient chargés de distribuer dans la population.

121. Ces campagnes avaient principalement pour but de mieux faire comprendre quels étaient les risques d'infection, et de faire modifier le comportement des individus à titre préventif. Quatre ans après, il est devenu évident que l'information sur le SIDA et sa prévention devaient toucher de plus larges secteurs de la population. Il est particulièrement important que les personnes hétérosexuelles qui changent fréquemment de partenaire ou ont des rapports sexuels fortuits sachent qu'elles courent des risques légers, mais très réels. Vu la difficulté d'atteindre les individus entrant dans cette catégorie de la population (et plus encore leurs partenaires) au moyen d'une campagne qui leur fût spécialement consacrée, la nécessité d'une campagne plus générale s'est fait sentir au milieu de l'année 1986, et le Ministère de la protection sociale, de la santé publique et des affaires culturelles a décidé en novembre de la même année de lancer une campagne par la voie des médias.

D. SOINS MEDICAUX

1. Soins médicaux et services sociaux

a) Généralités

122. Les soins médicaux aux Pays-Bas sont d'une grande qualité, comparable à la qualité des mêmes soins dans les autres pays d'Europe occidentale. Chaque membre de la population a accès à toute la gamme des services qu'offrent les progrès de la médecine et de la technique. Les autorités locales et régionales sont tenues de veiller à ce que les services médicaux qu'elles mettent à la disposition de la population soient conformes aux normes nationales.

123. La rapidité du vieillissement de la population, la croissance de la demande médicale provenant des personnes âgées et l'augmentation des frais hospitaliers figurent parmi les causes actuelles de préoccupation.

b) Nouvelle législation

124. La volonté de donner une seule et unique base légale aux soins médicaux et aux services sociaux a conduit à la rédaction d'un projet de loi qui sera prochainement déposé devant le Parlement. Une fois adopté, ce texte permettra d'harmoniser et de coordonner ces deux domaines d'activités.

125. Ce projet de loi s'attache notamment à restreindre le rôle de l'Etat sur les points où cela est possible, afin de rendre l'individu plus responsable de lui-même et de sa propre santé. On espère ainsi renforcer l'autonomie de l'individu au sein de la société.

c) Mesures concrètes

126. Il est apparu que le fait d'établir une distinction entre les divers domaines relevant des soins médicaux et des services sociaux permettait d'aborder les problèmes de façon plus pragmatique et plus efficace. Cette distinction a donné naissance aux catégories d'activités ci-après :

1. Soins à domicile : soins de santé primaires (médecins généralistes, associations dispensant des soins à domicile, aides familiales, assistance sociale);
2. Soins de santé mentale;
3. Soins pour les personnes handicapées;
4. Soins pour les enfants ayant des problèmes scolaires;
5. Soins spécialisés pour problèmes somatiques;
6. Soins aux toxicomanes;
7. Soins pour les personnes âgées;
8. Soins pour les adolescents.

127. Le critère numéro un est que l'individu doit avoir accès aux soins voulus et au moment voulu, et que ces soins doivent être des soins "sur mesure". Cette politique des services sociaux a débouché sur la mise en place d'un système vaste et complexe de services de grande qualité. Cependant, la pression résultant des tendances démographiques et de la situation sociale et économique a obligé à envisager la possibilité de préserver le même niveau de services ou de diminuer ceux-ci, tout en continuant à remplir les objectifs qui sont ceux des services sociaux. Une importante priorité reste la mise en place d'une politique claire et efficace et de moyens de financement qui tiennent compte des diverses relations en cause dans le cadre général des services médicaux et sociaux et des activités bénévoles, sans oublier que la définition des besoins et le travail pratique doivent se faire aussi près des réalités que possible, ni que les objectifs fixés doivent pouvoir être ajustés à la situation locale ou régionale.

128. Depuis janvier 1983, le Secrétaire d'Etat à la protection sociale, à la santé publique et aux affaires culturelles a rendu publics les documents de politique générale suivants : "Politique de santé publique et réduction des moyens d'action", "Politique du personnel dans le secteur de la santé publique" et "Politique du personnel dans les services sociaux". Le premier de ces documents décrit à grands traits la politique de santé publique et les ressources financières disponibles, compte tenu des conséquences des restrictions budgétaires sur ce secteur d'activités. Les deux autres sont consacrés aux questions relatives aux besoins en personnel dans les deux secteurs en cause.

2. Le coût des soins médicaux

129. Le coût total des soins médicaux était de près de 34 milliards de florins en 1986, soit 8,6 % du revenu national. La principale ligne budgétaire était représentée par les soins en hôpital. Dans leur très grande majorité, les soins médicaux sont financés par l'intermédiaire des systèmes d'assurance médicale, tels que prévus dans la loi sur l'assurance médicale et dans la loi sur les frais médicaux exceptionnels (indemnisation).

130. Comme indiqué dans le précédent rapport, il existe trois types d'assurance médicale : une assurance obligatoire, une assurance volontaire, et une assurance spéciale pour les personnes âgées. En 1986, 62 % des habitants étaient assurés contre la maladie en vertu du système prévu dans la loi sur l'assurance médicale, qui donne droit au remboursement total des émoluments des médecins généralistes ou spécialistes, au remboursement total des médicaments, au remboursement total des frais d'hôpital ou d'établissement psychiatrique, et au remboursement partiel des traitements dentaires.

131. Le système d'assurance mis en place par la loi sur l'assurance médicale est obligatoire pour tout salarié (fonctionnaires exceptés) ayant un revenu ne dépassant pas 48 500 florins par an (en 1986). Ce dernier chiffre est corrigé annuellement. La cotisation exigée du salarié correspond à 9,6 % de sa rémunération (en 1986), mais ne peut excéder un certain montant. La loi sur les frais médicaux exceptionnels (indemnisation) bénéficie à tout habitant, quel que soit son revenu, et couvre les risques les plus graves, qui sont difficiles, sinon impossibles à assurer, tels que les frais de longue maladie ou les frais pour blessure grave exigeant des soins supérieurs aux moyens financiers de l'intéressé. Le coût total des soins médicaux remboursés en vertu de la loi sur les frais médicaux exceptionnels (indemnisation) s'élevait en 1986 à 8,5 milliards de florins.

132. Il importe que les soins médicaux n'atteignent pas à l'avenir un total trop élevé pour être financé. D'un autre côté, les individus ayant un besoin réel de soins onéreux et intensifs doivent continuer à recevoir ces soins, même si, comme on s'y attend, la situation financière et économique devient difficile. Ces deux objectifs parallèles - encourager l'autonomie des patients, et empêcher le coût des soins médicaux de dépasser certaines limites budgétaires - rendent nécessaire une utilisation plus sélective des soins professionnels et des techniques de pointe. Cet objectif général trouve son expression dans les grandes lignes d'une politique en faveur de la santé publique et des divers types de soins. Cette politique de la santé publique se traduit à la fois par une action en faveur de modes de vie plus équilibrés et par une action de prévention des risques inutiles, l'accent étant mis sur la prévention.

133. L'extension des soins médicaux, par opposition aux soins préventifs, est fondée sur un modèle simple d'actions complémentaires et successives, entraînant inévitablement une diminution de l'autonomie individuelle et des possibilités de se faire soigner sans hospitalisation. La politique des soins médicaux primaires et à domicile tend à favoriser la coopération, et à développer ou à maintenir les moyens dont disposent les services spécialisés, qu'il s'agisse des services médicaux ou des services sociaux. En ce qui concerne la santé mentale, les possibilités de soins à domicile doivent être améliorées et coordonnées avec les moyens de traitement en milieu

hospitalier, avec néanmoins toute la prudence qui s'impose pour les traitements spécialisés. Dans ce domaine, le traitement sans hospitalisation s'est développé au point que de nouveaux progrès seraient indésirables, à la fois qualitativement et financièrement. L'objectif du traitement sélectif a d'ailleurs conduit à appliquer une politique de traitement en milieu hospitalier. Cependant, les possibilités d'accueil devront être réduites à l'avenir, notamment dans les établissements généralistes et les établissements psychiatriques. Il y aura malgré tout une légère augmentation de la capacité d'accueil pour les individus atteints de troubles psychogériatriques. Une importance particulière est attachée au renforcement des moyens de traitement en consultation dans presque tous les établissements spécialisés.

134. L'application de ce modèle général ne s'étend pas aux types de soins médicaux de base, de caractère essentiellement préventif, qui reste pour l'essentiel à la charge des services de santé publique. Le but poursuivi reste la création d'un réseau de services de ce genre dans tout l'ensemble du pays.

135. L'on s'efforce actuellement de réexaminer le système d'assurance médicale afin de réduire les traitements inutiles, et par conséquent la charge que représentent les cotisations à ce système. Des mesures sont prises à cette fin dans le cadre de l'assurance volontaire et de l'assurance maladie pour les personnes âgées. Les crédits disponibles étant extrêmement limités, la politique poursuivie de santé publique du gouvernement doit tendre à la mise en place d'un système qui favorise à la fois la solidarité et la responsabilité individuelle des soignés et des soignants.