



European
Social
Charter

Charte
Sociale
Européenne



COUNCIL
OF EUROPE

CONSEIL
DE L'EUROPE

31/01/2013

RAP/Cha/POL/12(2013)

CHARTE SOCIALE EUROPEENNE DE 1961

12e rapport national sur l'application de la
Charte sociale européenne

soumis par

LE GOUVERNEMENT DE LA POLOGNE

(Articles 3, 11, 12, 13 et 14
pour la période 01/01/2008 – 31/12/2011)

Rapport enregistré par le Secrétariat le 15 janvier 2013

CYCLE XX-2 (2013)



CHARTRE SOCIALE EUROPEENNE

RAPPORT

soumis conformément aux dispositions de l'article 21 de la Charte sociale européenne par le Gouvernement de la République de Pologne, relatif aux mesures prises pour mettre en œuvre les dispositions de la Charte sociale européenne; articles 3, 11, 12, 13, 14, pour les années 2008-2011.

Conformément aux dispositions de l'article 23 de la Charte sociale européenne le rapport a été adressé aux organisations des partenaires sociaux suivantes:

- Niezależny Samorządny Związek Zawodowy “Solidarność”,
- Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych,
- Forum Związków Zawodowych,
- Konfederacja Pracodawców Polskich,
- Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych,
- Business Centre Club – Związek Pracodawców,
- Związek Rzemiosła Polskiego.

ARTICLE 3 - DROIT A LA SECURITE ET L'HYGIENE AU TRAVAIL

Article 3§1

1) Cadre juridique général. La nature, les raisons et l'étendue des réformes éventuelles.

La nouvelle législation dans le domaine de la sécurité et l'hygiène au travail, ou la modification de celle déjà en vigueur résulte de la mise en œuvre des directives de l'UE, ainsi qu'à l'adaptation de la législation au progrès technique.

Les modifications de la loi du 26 juin 1974 - Code du travail (chapitre dix: «Sécurité et hygiène au travail »):

La loi du 21 novembre 2008 modifiant la loi - Code du travail: transposition complète, entre autres, de la directive du Conseil 89/391/CEE du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et l'hygiène des travailleurs au travail:

- clarification de l'étendue des responsabilités de l'employeur en matière de la sécurité et l'hygiène au travail: la responsabilité de l'employeur n'est pas limitée par les obligations des employés en matière de la sécurité et l'hygiène au travail et le fait de confier les fonctions de l'hygiène et la sécurité au travail aux spécialistes externes,
- complément de l'étendue des obligations essentielles de l'employeur par les obligations suivantes: répondre aux besoins en matière de sécurité et hygiène au travail, adapter les mesures prises pour améliorer la santé et la vie des travailleurs, développer une politique visant à prévenir les accidents du travail et maladies professionnelles, tenir compte, dans le cadre de la prévention, de la santé des mineurs, des travailleuses enceintes ou celles qui allaitent un bébé et des travailleurs handicapés,
- interdiction de charger les travailleurs de payer le coût des activités de l'employeur dans le domaine de la sécurité et l'hygiène au travail,
- introduction de l'obligation de fournir aux travailleurs des renseignements sur les risques pour la santé et la vie qui surviennent sur le lieu de travail et sur les postes de travail individuels et pendant les travaux effectués, y compris sur les règles de procédure en cas de panne des machines et d'autres situations qui menacent la vie et la santé des travailleurs; les mesures de protection et de prévention prises pour éliminer ou réduire les risques; les employés désignés pour fournir des premiers soins et chargés des activités pendant les incendies, ainsi que l'évacuation des travailleurs,
- obligation des employeurs, dont les employés effectuent leur travail dans un même lieu, à s'informer mutuellement, et les employés ou leurs représentants, sur les activités relatives à la prévention des risques professionnels se produisant pendant le travail,
- ajout de l'obligation de l'employeur - chez qui des travailleurs employés par de différents employeurs sont engagés - de fournir aux employeurs, afin d'informer les employés, les informations sur les dangers pour la santé et la vie se produisant dans le lieu de travail et sur les postes de travail individuels et pendant les travaux effectués, sur les mesures de protection et de prévention prises pour éliminer ou réduire les risques, ainsi que sur les employés désignés pour fournir les premiers soins, et pour effectuer des activités visant à lutter contre les incendies et celles liées à l'évacuation des travailleurs,
- complément des obligations de l'employeur concernant les premiers soins en Cas urgent, ainsi que celles relatives à la prévention de l'incendie et l'évacuation des travailleurs et les menaces potentielles,

- introduction d'une règle selon laquelle l'employé ne subit pas des conséquences négatives en raison de s'abstenir de travail ou de s'éloigner hors de danger, lorsque les conditions de travail ne sont pas conformes aux dispositions sur la sécurité et l'hygiène au travail et posent une menace directe pour la santé ou la vie ou lorsque le travail effectué par celui-ci pose un danger à d'autres personnes, si l'arrêt du travail n'élimine pas la menace,
- modification des dispositions relatives aux exigences de sécurité de machines et autres équipements techniques en raison de nouvelles règles sur le système d'évaluation de la conformité de produits,
- obligation de l'employeur d'établir, après consultation avec les employés ou leurs représentants, une liste des travaux, pendant lesquels des risques particuliers à la santé ou à la vie peuvent se produire, et qui, par conséquent, doivent être effectués par au moins deux personnes (l'abolition de l'autorisation du Ministre du travail et de la politique sociale à établir une liste de ces travaux par voie de règlement),
- complément de la liste des cas concernant l'hygiène et la sécurité au travail, qui exigent des consultations avec les employés ou leurs représentants par: la création des services de la sécurité et l'hygiène au travail ou la délégation des tâches de ces services à d'autres personnes, la nomination des travailleurs responsables de fournir les premiers soins, la lutte contre les incendies et évacuation des travailleurs.

La loi du 7 mai 2009 modifiant la loi - Code du travail: le remplacement de l'obligation de l'employeur de nommer les employés chargés de mener des activités dans le domaine de la protection contre les incendies par l'obligation de désigner des employés à prendre des mesures pour lutter contre les incendies, à l'exception de l'employeur qui n'emploie que les travailleurs mineurs ou les personnes handicapées, dans ce cas l'employeur peut effectuer lui-même les activités visant à la lutte contre les incendies et l'évacuation des travailleurs.

La loi du 22 mai 2009 modifiant la loi - Code du travail et d'autres lois:

- l'obligation de l'employeur à garder les procès-verbaux des circonstances et des causes des accidents au travail, ainsi que d'autres documents pendant 10 ans,
- le transfert de tous les pouvoirs de l'autorité compétente de l'Inspection sanitaire nationale à l'inspecteur sanitaire national compétent,
- l'obligation de l'employeur à signaler tous les cas de maladies professionnelles présumées à un organisme compétent,
- l'obligation du médecin de l'entité compétente pour le diagnostic de maladies professionnelles à déclarer tous les cas de maladies professionnelles présumées à un organisme compétent,
- l'obligation du médecin ou du dentiste à référer l'employé aux examens médicaux dans le but de rendre une décision sur le diagnostic ou sur l'absence de motif pour le diagnostic de maladie professionnelle, dans tous les cas de maladie professionnelle présumée,
- l'introduction de la possibilité de signaler une maladie professionnelle présumée par l'employé (par le biais du médecin lui tenant les soins de santé préventifs) ou l'ancien employé,
- le remplacement du registre de cas de maladies professionnelles et de présomption de telles maladies par un registre contenant de cas de maladies professionnelles identifiées et des présomptions de ces maladies; c'est l'employeur qui est tenu de les tenir,
- l'obligation de l'employeur d'envoyer un préavis sur les conséquences des maladies professionnelles à l'institut compétent de médecine du travail et à l'inspecteur sanitaire national compétent,
- la définition de la notion de maladie professionnelle,
- l'établissement des critères pour le diagnostic de maladie professionnelle.

La loi du 5 janvier 2011 modifiant la loi - Code du travail: ne sont pas soumises aux examens préliminaires les personnes réembauchées par l'employeur pour le même poste ou un poste avec les mêmes conditions générales d'emploi, sur la base d'un autre contrat de travail dans les 30 jours après la résiliation ou l'expiration du contrat de travail précédent avec cet employeur.

La loi du 25 février 2011 relative aux substances chimiques et leurs mélanges: l'adaptation des dispositions du Code du travail sur les processus de travail et les facteurs qui posent une menace particulière pour la santé ou la vie aux dispositions de cette loi, principalement, le changement de noms des substances chimiques.

La loi du 16 septembre 2011 relative à la réduction de certaines obligations des citoyens et des entreprises: suppression de l'obligation d'exprimer des opinions par des experts autorisés pour la santé et la sécurité, sur des projets de bâtiments dans lesquels on prévoit des locaux de travail. Conformément à l'article 213 du Code du travail, l'employeur est toujours tenu de veiller à ce que la construction ou la reconstruction d'un bâtiment, avec des locaux de travail prévus, soit faite sur la base des projets qui tiennent compte des exigences en matière de la sécurité et l'hygiène au travail. Même si on a aboli l'obligation d'exprimer un avis sur les projets par des experts pour la sécurité et l'hygiène au travail - l'employeur peut toujours confier la préparation d'un tel avis sur le projet à un expert (pour, entre autres, tenir compte des exigences visant à assurer la santé et la sécurité au travail dans le projet).

Autres dispositions légales assurent la sécurité des bâtiments. Dès 13 avril 2007 la loi sur l'Inspection nationale du travail est en vigueur, en vertu de cette loi l'Inspecteur général du travail octroi une licence d'expert de la santé et la sécurité au travail. Sur la base de cette loi le Ministre du travail et de la politique sociale a adopté le règlement du 19 décembre 2007 relatif aux experts pour la sécurité et l'hygiène au travail, qui définit les procédures concernant l'avis sur les projets. En outre, conformément aux dispositions du Code du travail, l'employeur est tenu de:

- assurer des locaux de travail conformes au genre de travail et au nombre d'employés,
- maintenir les bâtiments et les locaux de travail y situés, ainsi que les terrains et les équipements connexes dans un état sûr et sain pour ce qui est des conditions de travail.

L'employeur qui omet de se conformer à ces dispositions du Code du travail est sanctionné par une amende allant de 1.000 à 30.000 zł.

La loi du 22 juillet 2010 modifiant la loi relative aux explosifs à usage civil et la loi relative aux activités économique consistant en la production et le commerce des explosifs, des armes, des munitions, des produits et des technologies à des fins militaires et de policiers: la transposition de la directive du Parlement européen et du Conseil 2007/23/CE du 23 mai 2007 concernant la commercialisation des matériaux pyrotechniques. Le but de nouvelles dispositions est, notamment, d'assurer un niveau élevé de protection de la vie et la santé, la sécurité publique et la protection et la sécurité des consommateurs, en tenant compte des aspects pertinents liés à la protection de l'environnement.

La législation secondaire suivante a été publiée:

- le règlement du Ministre de la santé du 29 février 2008 modifiant le règlement relatif aux agents biologiques nocifs pour la santé en milieu de travail et la protection de la santé des travailleurs exposés à ces facteurs,
- le règlement du Ministre du travail et de la politique sociale du 6 juin 2008 modifiant le règlement relatif aux dispositions générales dans le domaine de la sécurité et l'hygiène au travail. Les dispositions du règlement modifié transposent la directive du Conseil 89/391/CEE du 12 juin 1989 relative à l'introduction de mesures visant à améliorer la sécurité et la santé des travailleurs au travail,

- le règlement du Ministre de l'intérieur et de l'administration du 16 septembre 2008 relatif aux conditions détaillées de la sécurité et l'hygiène des pompiers appartenant au Corps national des sapeurs-pompiers,
- le règlement du Ministre de l'économie du 21 octobre 2008 relatif aux exigences essentielles pour les machines et qui transpose la directive 2006/42/CE,
- le règlement du Ministre de la santé du 3 novembre 2008 modifiant le règlement relatif à la sécurité et l'hygiène au travail effectué ans le milieu où sont presents des agents chimiques,
- le règlement du Ministre de l'économie du 5 décembre 2008 modifiant le règlement relatif aux exigences auxquelles doivent satisfaire les plans d'urgence,
- le règlement du Président du Conseil des Ministres du 15 décembre 2008 relatif à la création de la Commission interministérielle pour les concentrations et intensités maximales admissibles des agents nocifs pour la santé au milieu de travail,
- le règlement du Ministre du travail et de la politique sociale du 7 janvier 2009 relatif à la carte statistique d'accident au travail,
- le règlement du Ministre du travail et de la politique sociale du 18 mars 2009 modifiant le règlement relatif à la sécurité et l'hygiène aux travaux de transport manuel,
- le règlement du Ministre de l'économie du 1 avril 2009 modifiant le règlement relatif aux conditions détaillées pour la réduction de l'utilisation, dans les équipements électriques et électroniques, de certaines substances qui peuvent nuire à l'environnement,
- le règlement du Ministre de l'environnement du 16 juin 2009 relatif à la sécurité et l'hygiène dans la gestion des déchets municipaux,
- le règlement du Ministre du travail et de la politique sociale du 16 juin 2009 modifiant le règlement relatif aux concentrations et les intensités maximales admissibles des facteurs nocifs au travail,
- le règlement du Conseil des ministres du 30 juin 2009 relatif aux maladies professionnelles,
- le règlement du Conseil des ministres du 1er juillet 2009 relatif à l'établissement des circonstances et des causes des accidents au travail,
- le règlement du Ministre de l'économie du 23 juin 2009 relatif à la sécurité et l'hygiène du travail impliquant le processus de galvanoplastie,
- le règlement du Ministre de l'éducation nationale du 25 août 2009 modifiant le règlement du Ministre de l'éducation nationale et des sports du 31 décembre 2002 relatif à la sécurité et l'hygiène dans les écoles publiques et privées et des institutions,
- le règlement du Ministre des finances du 28 octobre 2009 relatif aux conditions détaillées de la sécurité et l'hygiène des services des douanes,
- le règlement du Ministre de l'économie du 5 novembre 2009 relatif aux exigences détaillées pour les produits d'aérosol,
- le règlement du Ministre de l'économie du 28 décembre 2009 relatif à la sécurité et l'hygiène dans la construction et l'exploitation des réseaux de gaz ainsi que dans la mise en oeuvre des installations à gaz fonctionnant au gaz naturel,
- le règlement du Ministre du ministre du travail et de la politique sociale du 27 mai 2010 relatif à la sécurité et l'hygiène au travail impliquant l'exposition aux rayonnements optiques,
- le règlement du Ministre de l'économie du 25 juin 2010 modifiant le règlement relatif à la sécurité et l'hygiène du travail, la gestion du trafic et la protection contre l'incendie spécialisée dans les mines souterraines,

- le règlement du Ministre de l'économie du 8 juillet 2010 relatif aux exigences minimales pour la sécurité et l'hygiène du travail impliquant le risque d'une atmosphère explosive dans le milieu de travail,
- le règlement du Ministre de l'économie du 14 juillet 2010 relatif à la sécurité et l'hygiène dans le secteur du fer et de l'acier,
- le règlement du Ministre du travail et de la politique sociale du 29 juillet 2010 modifiant le règlement relatif aux concentrations et les intensités maximales admissibles des facteurs nocifs au travail,
- le règlement du Ministre de la justice du 5 août 2010 relatif à l'application par les agents de l'administration pénitentiaire des dispositions du Code du travail sur la sécurité et l'hygiène au travail,
- le règlement du Ministre de l'économie du 5 août 2010 modifiant le règlement relatif aux modalités et conditions d'utilisation et d'élimination en sécurité des produits contenant de l'amiante,
- le règlement du Ministre de la culture et du patrimoine national du 15 septembre 2010 relatif à la sécurité et l'hygiène au travail dans l'organisation et la réalisation des spectacles,
- le règlement du Ministre du travail et de la politique sociale du 8 novembre 2010 modifiant le règlement relatif à la carte statistique des accidents du travail,
- le règlement du Ministre de la santé du 8 décembre 2010 modifiant le règlement relatif aux examens médicaux des travailleurs, la portée de soins de santé préventifs pour les travailleurs et des certificats médicaux délivrés aux fins énoncées dans le Code du travail,
- le règlement du Ministre de l'économie du 13 décembre 2010 relatif aux exigences concernant l'utilisation de produits contenant de l'amiante et l'utilisation et le nettoyage des installations ou d'équipements où les produits contenant de l'amiante sont ou étaient utilisés,
- le règlement du Ministre de la santé du 2 février 2011 relatif aux tests et les mesures des facteurs nocifs au travail,
- le règlement du Ministre de l'économie du 18 février 2011 relatif à la conduite des travaux impliquant l'utilisation des explosifs à usage civil et pendant le nettoyage de terrains,
- le règlement du Ministre de la culture et du patrimoine national du 15 mars 2011 sur la sécurité et l'hygiène au travail dans la production des films,
- le règlement du Ministre de l'économie du 29 mars 2011 modifiant le règlement relatif aux exigences détaillées pour les moteurs à combustion pour réduire les émissions de gaz et de particules par ces moteurs,
- le règlement du Ministre de l'économie du 13 juin 2011 modifiant le règlement relatif aux exigences essentielles pour les machines,
- le règlement du Ministre du travail et de la politique sociale du 4 août 2011 modifiant le règlement relatif aux dispositions générales dans le domaine de la sécurité et l'hygiène au travail,
- le règlement du Ministre de l'économie du 11 octobre 2011 modifiant le règlement relatif aux indications claires d'explosifs à usage civil, les indications pour les installations de production et le registre des indications,
- le règlement du Ministre du travail et de la politique sociale du 16 décembre 2011 modifiant le règlement relatif aux concentrations et les intensités maximales admissibles des facteurs nocifs au travail,
- le règlement du Ministre de l'économie du 16 décembre 2011 modifiant le règlement relatif aux conditions techniques auxquelles doivent satisfaire les bases et les stations de

combustibles liquides, les pipelines de transport de longue distance pour le transport de pétrole brut et de produits pétroliers et leur emplacement.

Les dispositions concernant les maladies professionnelles ont été modifiées suite au jugement de la Cour constitutionnelle du 19 juin 2008. La Cour a statué à la non-conformité de l'article 237 § 1 points 2 et 3 du Code du travail avec l'article 92, alinéa 1 de la Constitution de la République de Pologne pour autant qu'il ne précise pas les directives relatives au contenu du règlement et à l'incompatibilité du règlement du Conseil des Ministres du 30 juillet 2002 relatif à la liste des maladies professionnelles, la procédure détaillée pour la déclaration de présomption de maladie, le diagnostic et l'identification des maladies professionnelles et les organismes compétents en la matière. A l'heure actuelle, la liste des maladies professionnelles est contenue dans l'annexe au règlement du Conseil des Ministres du 30 juin 2009. Cette liste est ferme et se compose des 26 éléments, dont certaines contiennent la liste détaillée des unités de maladie qui, dans cette catégorie, peuvent être considérées comme maladies professionnelles. La liste des maladies professionnelles est compatible avec le Calendrier européen des maladies professionnelles (*European Schedule of Occupational Diseases. Commission Recommendation 2003*).

Des dispositions particulières régissent la compensation pour la perte de la santé suite à la maladie professionnelle. Il s'agit de: la loi du 30 octobre 2002 relative à l'assurance sociale pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, le règlement du Ministre du travail et de la politique sociale du 18 décembre 2002 relatif aux modalités de statuer sur les préjudices permanentes ou à long terme pour la santé, la procédure pour déterminer le préjudice et la procédure de paiement d'une indemnité unique.

Le règlement du Ministre de l'éducation nationale du 23 décembre 2008 relatif au programme scolaire de l'enseignement préprimaire et l'enseignement général dans chaque type de l'école a introduit un nouveau programme d'enseignement général, qui est en vigueur dès l'année scolaire 2009-2010 dans les premières classes du primaire et les premières classes du collège. L'année scolaire 2011-2012 le nouveau programme scolaire est appliqué dans l'école primaire - classes I à III et les classes I à III du collège. L'année scolaire 2012-2013 le nouveau programme sera mis en oeuvre en classes IV-VI de l'école primaire et en premières classes de l'enseignement secondaire: les écoles de formation professionnelle, les lycées et les écoles techniques.

Le nouveau programme scolaire pour l'enseignement général englobe les questions de la sécurité et l'hygiène au travail.

L'éducation primaire dans les classes I-III de l'école primaire: les questions de la sécurité et de l'hygiène au travail sont couvertes dans le cadre des cours de l'éducation sociale et cours technique. Pour l'éducation sociale, le programme scolaire exige que l'étudiant, à la fin de son éducation primaire, comprenne l'importance du travail dans la vie, sache quelles professions exercent les membres de sa famille et ses connaissances ainsi que comprenne à quoi consiste le travail d'un cheminot, un apothicaire, un policier, un pompier, un médecin, un vétérinaire. Dans le cadre de cours techniques, l'élève se familiarise avec des équipements techniques et les principes de leur fonctionnement. L'étudiant doit connaître l'environnement technique, doit être capable de reconnaître les types de machinerie et d'équipements, de déterminer la valeur de l'équipement technique du point de vue de conditions de leur utilisation (facile ou difficile à utiliser). En ce qui concerne de prendre soin de sa sécurité et celle d'autres, il doit connaître les risques résultant, entre autres, de l'usage impropre des outils et des équipements techniques et savoir comment se comporter en cas d'accident ainsi que de connaître les numéros de téléphone d'urgence.

Dans les classes IV-VI de l'école primaire, les élèves apprennent les principes de la manipulation des équipements. Dans le cadre des cours de la technologie et l'informatique ils apprennent comment utiliser des outils et appareils ménagers, y compris la manipulation de l'ordinateur, les risques liés à l'utilisation impropre de ceux-ci et de leurs logiciels. Le nouveau programme scolaire comprend les questions de l'utilisation appropriée et en sécurité de l'équipement technique.

La phase III de l'éducation (collège) et la phase IV de l'éducation (écoles secondaires: les écoles de formation professionnelle, les lycées et les écoles techniques) comprend l'éducation concernant la sécurité et l'hygiène au travail, dans le cadre des cours obligatoires « Informatique », « Education civique», « Education à la sécurité ».

Dans les collèges, l'éducation en informatique comprend, notamment:

- l'utilisation de l'ordinateur et son logiciel sans risque, l'utilisation des réseaux informatiques, communication par l'ordinateur et les TIC,
- l'évaluation des risques et des contraintes, des aspects sociaux du développement et l'application de l'informatique.

Dans le cadre du cours « Education civique», les étudiants abordent les principaux droits et obligations de l'employé, l'assurance santé et l'assurance sociale.

Dans le cadre du cours « Education à la sécurité » il y a une section séparée « Sécurité et premiers soins». Les étudiants apprennent les règles d'action en cas de menace à la vie et les soins en Cas urgent.

Dans les écoles secondaires les questions de la sécurité et l'hygiène au travail sont incluses dans de nombreux cours. Dans le cadre du cours « Protection civile», les élèves apprennent les premiers soins en Cas urgent, la responsabilité de l'individu pour son sécurité et la sécurité de leur milieu social et améliorent leurs connaissances et compétences sur la sécurité. La compréhension et l'application du droit sont enseignées aux élèves dans le cadre du cours « Education civique». Le cours de la « Biologie » leur permet de prendre la responsabilité pour leur santé et celle des autres. Le contenu du cours « Bases de l'entrepreneuriat» inclut les questions d'assurance-santé, les droits fondamentaux et les obligations de l'employé. Le cours « Technologie de l'information » permet d'apprendre l'utilisation en sécurité de l'ordinateur et des outils ainsi que les méthodes de l'informatique.

Après l'introduction du nouveau programme scolaire dans les écoles secondaires, « L'informatique » sera un cours obligatoire et les élèves apprendront, entre autres, les questions relatives à l'utilisation en sécurité d'un ordinateur, son logiciel et à la communication à l'aide des technologies de la communication. Le cours « Protection civile » dans les écoles secondaires sera remplacé par le cours « Education pour la sécurité » qui contiendra les principes de soins d'urgence.

La formation professionnelle concerne les professions prévues dans l'annexe du règlement du Ministre de l'éducation nationale du 26 juin 2007 relatif à la classification des professions de l'enseignement professionnel. Dans la base du programme de formation, pour n'importe quelle profession, on prévoit l'éducation pour le respect des dispositions sur la sécurité et l'hygiène au travail et les exigences d'ergonomie lors de l'exécution des tâches professionnelles, la préparation aux soins d'urgence en cas d'accidents au travail.

On suppose que l'élève:

- comprendra les différentes notions dans le domaine de la sécurité et de l'hygiène au travail, la protection contre l'incendie, la protection de l'environnement et l'ergonomie,
- saura faire la distinction entre les tâches et les pouvoirs des institutions et de services opérant dans le domaine de la protection du travail et de protection de l'environnement,
- sera capable de spécifier les droits et obligations de l'employé et l'employeur concernant la santé et l'hygiène au travail,

- sera en mesure de prévoir les risques pour la santé et la vie, les biens et l'environnement associés à l'exécution des tâches professionnelles,
- pourra spécifier les risques associés à la présence des facteurs nocifs dans l'environnement de travail,
- sera en mesure de spécifier les effets des facteurs nocifs sur l'organisme humain,
- organisera son travail en conformité avec les règles de l'ergonomie, les dispositions légales sur la sécurité et l'hygiène au travail, la protection contre l'incendie et la protection de l'environnement,
- pour l'exécution de tâches professionnelles appliquera des mesures de protection individuelles et collectives,
- observera les principes de la sécurité et l'hygiène au travail et appliquera les dispositions légales relatives à la protection contre les incendies et la protection de l'environnement,
- assurera le soins d'urgence aux blessés dans des accidents et dans les cas de péril à la santé et la vie.

Le savoir appris à l'école et les compétences pratiques sont vérifiées au cours de l'examen de certification des qualifications professionnelles pour le métier.

2) Mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre la politique nationale en concertation avec les organisations d'employeurs et les syndicats

Le programme « Amélioration de la sécurité et des conditions de travail – étape I » pour les années 2008-2010 tel que établi par la résolution du Conseil des ministres du 3 juillet 2007 a été achevé. La supervision de l'exécution du programme et de la mise en œuvre de ses résultats ont été confiées au ministre compétent pour le travail et la coordination du programme à l'Institut central de la protection du travail – l'Institut national de recherche.

Le but du programme a été de développer des solutions inovantes: organisationnelles et techniques axées sur les nouveaux produits, technologies, méthodes et systèmes de gestion et de développement des ressources humaines. Le programme était composé de 2 parties:

- partie A: programme de tâches à l'égard des services d'Etat, financé par les fonds qui sont disponibles auprès du Ministre du travail et de la politique sociale (136 tâches effectuées dans le cadre des 8 groupes thématiques),
- partie B: programme de recherche scientifique et développement, financé par les fonds qui sont disponibles auprès du Ministre des sciences et de l'enseignement supérieur par l'intermédiaire du Centre national de recherche et développement (72 projets réalisés dans le cadre de 5 opérations).

Dans le cadre de la partie A, étaient exécutées des tâches telles que: la détermination des normes en ce qui concerne la sécurité et l'hygiène au travail, le développement et le maintien de la compétence d'un organisme notifié afin d'évaluer la conformité des produits en termes de sécurité, ergonomie et hygiène au travail. Pour assurer les normes appropriées dans l'environnement de travail, on a supporté le développement des capacités du système de recherche sur les outils et les machines, ainsi que les mesures de protection de l'individu et du collectif. En même temps, le système de promotion et d'information dans le domaine de la santé au travail et les systèmes de gestion de la sécurité et l'hygiène au travail ont été améliorés, ainsi que le développement du système d'éducation, de formation et de certification des compétences dans le domaine de la sécurité et l'hygiène au travail. Les activités ont également concerné la lutte contre l'exclusion sociale et du marché du travail ainsi que la sécurité des personnes âgées et handicapées.

Le projets réalisés dans le cadre de la partie B consistaient en la création de méthodes efficaces de gestion de l'évolution de l'environnement de travail prenant en compte les exigences de sécurité et l'hygiène au travail, et aussi une évaluation intégrée des risques et des

facteurs physiques et chimiques dans l'environnement de travail en termes de réduction de ces risques. De nouveaux matériaux et solutions d'équipement de protection individuelle dans l'environnement de travail ont été mis au point. Les mécanismes ont été explorés et des méthodes mises au point pour prévenir l'évolution de situations d'urgence, des systèmes de prévention ont été améliorés pour assurer la sécurité sur les lieux de travail où il peut y avoir un accident grave ou une atmosphère explosive.

Le programme « Amélioration de la sécurité et des conditions de travail » a été présenté au séminaire sur les stratégies nationales dans le domaine de la sécurité et l'hygiène au travail, organisé par le Comité consultatif sur la sécurité et la santé au travail de l'Union européenne, qui a eu lieu le 9 octobre 2009, à Luxembourg et a été reconnu comme un moyen valable d'œuvrer à la mise en œuvre des objectifs de la stratégie communautaire.

À la demande du Ministre du travail et de la politique sociale, par résolution du Conseil des Ministres du 21 septembre 2010, l'étape II du programme « Améliorer la sécurité et l'hygiène au travail », a été mis en place pour les années 2011-2013.

Le programme assure la mise en œuvre d'une politique cohérente et globale dans le domaine de la sécurité et la protection des travailleurs, en tenant compte des besoins du monde changeant de travail. La poursuite de cette politique, surtout dans des conditions de la crise économique, est une condition nécessaire à l'amélioration des conditions de travail – la sécurité, la santé et le bien-être mental et de la satisfaction du travail. La mise en œuvre de ce programme permettra la réalisation des objectifs énoncés dans la communication de la Commission « Améliorer la productivité et la qualité au travail: la stratégie communautaire pour la sécurité et la santé au travail 2007-2012 ».

Plus d'informations - la réponse à la question supplémentaire 1 à l'article 3, paragraphe 2.

Au cours des années 2008-2011 la mise en œuvre du Programme des tests de dépistage a été suivie pour des anciens travailleurs des usines de traitement prophylactique de l'amiante. Les tests de dépistage sont réalisés dans 13 centres de médecine du travail dans l'ensemble du pays et coordonnés par l'Institut de médecine du travail à Łódź.

La fréquence des examens prophylactiques est déterminée par le médecin en prenant compte de: l'état de santé de la personne examinée, du poste de travail, de l'intensité et la durée de l'exposition, des années de travail et de la période de latence des maladies causées par l'amiante. L'examen médical périodique doit être effectué pas moins que tous les 2 ans.

Au cours des années 2008-2011 les examens ont couvert 2.178 personnes de 28 entreprises. L'asbestose a été diagnostiqué chez 25% des personnes interrogées; les nouveaux cas détectés chaque année ont une tendance à la baisse de 5,4% en 2008 pour 2,4% des personnes examinées en 2011. Le cancer du poumon a été diagnostiqué chez 31 personnes et le mésothéliome chez 11 personnes. Les lésions pleurales surviennent à plus de 60% personnes, et l'ombrage du parenchyme pulmonaire chez 76% personnes.

L'introduction du programme de tests de dépistage chez les anciens employés du secteur de traitement d'amiante a augmenté la détectabilité des pathologies associées à l'exposition à l'amiante, ce qui a permis de prendre des activités préventives correspondantes.

Le programme « Nettoyer le pays de l'amiante, pour les années 2009-2032 » est en cours. Le programme vise les objectifs suivants:

- enlèvement et élimination des produits contenant de l'amiante,
- réduction maximale des effets négatifs causés par la présence de l'amiante dans le territoire du pays,
- élimination des effets nocifs de l'amiante pour l'environnement.

Le programme prévoit le retrait de l'utilisation de produits contenant de l'amiante, leur élimination, ainsi que l'utilisation par toutes les unités de l'autonomie locale de la Base

d'amiante, qui est un outil gratuit pour le comptage des produits de l'amiante et des déchets d'amiante conditionnés.

Pour la mise en œuvre du programme des fonds budgétaires sont alloués à la disposition du Ministère de l'économie, ainsi que les fonds propres des entités utilisant des produits d'amiante, des fonds pour la gestion de l'eau et la protection de l'environnement, les fonds propres des investisseurs, les fonds de l'UE, des ressources propres des unités de l'autonomie locale.

Le programme couvre les projets menés au niveau central, de la voïvodie et local:

- les tâches législatives,
- les activités d'information et d'éducation aux enfants et aux jeunes, la formation pour les employés du gouvernement et des administrations locales, le développement des outils de formation, la promotion de la technologie d'élimination de fibres d'amiante, l'organisation de stages de formation nationaux et internationaux, des séminaires, des conférences, des congrès et la participation dans ces événements,
- les tâches pour l'enlèvement de l'amiante et des produits contenant de l'amiante dans les immeubles, des bâtiments publics, les terrains des anciens producteurs de produits de l'amiante, le nettoyage des terrains de l'immobilier, la construction des sites d'enfouissement et des installations pour l'élimination des fibres d'amiante,
- le suivi de la mise en œuvre du programme à l'aide d'un système électronique pour l'information spatiale,
- l'évaluation de l'exposition et la protection de la santé.

Le programme prévoit l'intensification des activités jusqu'à 2012 ce qui permettra de procéder en 2012 et 2013 à une évaluation fiable de la mise en œuvre des objectifs du programme et de développer sa mise à jour jusqu'en 2015. Au cours des années 2012-2015 des activités menées et des objectifs atteints seront résumés, notamment à l'aide des indicateurs d'évaluation de la mise en œuvre du Programme.

La mise en œuvre du programme permettra d'améliorer les conditions de la protection de la santé et la vie de la population, et apportera des bénéfices dans les domaines: social, économique et écologique.

Les avantages sociaux les plus importants de la mise en œuvre du programme incluent:

- le nettoyage du pays des produits contenant de l'amiante et, par conséquent, la réduction des émissions de fibres d'amiante dans l'environnement et l'amélioration de la santé de la population,
- la détection précoce des maladies liées à l'exposition à l'amiante, leur traitement et la réduction des effets indésirables,
- la réduction de la mortalité due aux maladies liées à l'exposition à l'amiante et en particulier au cancer du poumon et au mésothéliome,
- l'extension de l'utilisation des bâtiments et l'obtention de meilleurs paramètres de fonctionnement,
- l'amélioration de l'apparence de l'extérieur de bâtiments,
- l'augmentation de l'attrait agro-touristique des zones rurales,
- l'augmentation de l'attrait des zones nettoyées de l'amiante pour les investisseurs nationaux et étrangers.

L'avantage écologique principale sera une réduction graduelle, et puis l'élimination totale, de l'exposition de l'environnement à l'amiante.

Les avantages économiques les plus importants de la mise en œuvre du programme incluent:

- l'augmentation de la valeur de biens immobiliers,
- l'augmentation de la valeur du terrain,
- l'amélioration de l'état des bâtiments,

- l'augmentation des investissements,
- l'augmentation des recettes du budget de l'Etat provenant de la taxe sur les activités économiques liées à l'élimination des produits contenant de l'amiante et l'utilisation de nouveaux matériaux,
- la réduction des coûts de traitement des maladies liées à l'exposition à l'amiante.

On estime qu'à la suite de la mise en œuvre du programme on verra:

- une augmentation de la valeur de l'actif national de 153 milliards de zł et la plus forte augmentation de la valeur concernera les terrains, bâtiments et logements,
- une accélération de la modernisation des villages, 51% de l'augmentation de la valeur des terrains et des bâtiments concernera les terrains et des bâtiments dans des zones rurales,
- une augmentation des recettes de l'État d'environ 25 milliards zł, avec des recettes de la TVA et de l'impôt sur les bénéfices liés à l'achat de nouveaux matériaux de construction et des services de construction liés à l'élimination des produits contenant de l'amiante,
- l'augmentation du chiffre d'affaires sur le marché de l'immobilier, qui devrait se traduire par des revenus plus élevés du budget de l'Etat et des municipalités.

Les informations sur les activités dans le secteur agricole – voir la réponse à la question 1 à l'article 3, paragraphe 2.

Questions additionnelles

1/ La Directive 1999/77/CE du 26 juillet 1999 interdisant dès 2005, la vente et l'utilisation des produits contenant de l'amiante, a-t-elle été transposée en droit polonais?

La loi du 19 juin 1997 relative à l'interdiction de l'utilisation de produits contenant de l'amiante transpose en droit polonais les dispositions de la Directive 1999/77/CE. La loi du 22 décembre 2004 a modifié la loi relative à l'interdiction de l'utilisation de produits contenant de l'amiante dans ce but. Les dispositions modifiées sont entrées en vigueur le 1er janvier 2005.

Par la loi du 9 janvier 2009 modifiant la loi relative aux substances et préparations chimiques et d'autres lois, ses dispositions ont été adaptées au règlement (CE) N° 1907/2006 du Parlement européen et du Conseil du 18 décembre 2006 concernant l'enregistrement, l'évaluation, l'autorisation des substances chimiques ainsi que les restrictions applicables à ces substances (REACH), instituant une Agence européenne des produits chimiques, modifiant la Directive 1999/45/ce et abrogeant le règlement (CEE) no. 793/93 et règlement (CE) no. 1488/94 de la Commission (CE) ainsi que la Directive du Conseil 76/769/CEE et les directives de la Commission 91/155/CEE, 93/67/CEE, 93/105/CE et 2000/21/CE. Les modifications sont entrées en vigueur le 1er janvier 2009. En particulier l'article 1, paragraphe 1 de la loi a été modifié - la production des produits contenant de l'amiante est interdite. L'article 1, paragraphe 3 permet la mise sur le marché et l'utilisation de diaphragmes pour les installations électrolytiques existantes contenant le chrysolite et l'utilisation des arbres de chrysolite pour dessiner le verre, installés ou utilisés avant le 1er janvier 2005, en attendant qu'ils s'usent ou que les substituts sans amiante soient disponibles, selon l'éventualité.

2/ Les mesures prises dans la période couverte par le rapport dans le cadre du programme pluriannuel pour l'enlèvement de l'amiante de 2002.

Il n'y a pas de rapport spécial sur la mise en œuvre du programme de l'enlèvement de l'amiante dans les années 2008-2011.

Dans les années 2003-2008, dans le cadre de la mise en œuvre du programme de l'enlèvement de l'amiante et des produits contenant de l'amiante utilisés sur le territoire polonais, de

nombreuses activités ont été menées, dont le but était de renforcer le processus de purification du pays de l'amiante.

	Dépenses – plan pour 2003-2032	Dépenses effectuées			
		2003- 2006	2007	2008	2003-2008
Élaboration des plans, programmes et formations	4.150.000	2.476.400	648.045	1.569.431	4.693.876
Activité d'information et de sensibilisation	27.000.000	1.449.100	442.200	1.398.814	3.290.114
Surveillance de la mise en œuvre du programme et des activités de coordination	30.000.000	498.700	260.000	277.625	1.036.325
Activités du Centre de référence des recherches et l'évaluation des risques pour la santé liés à l'amiante et autres activités liées à l'évaluation de la nocivité des fibres d'amiante	4.000.000	1.728.900	400.000	772.697	2.901.597
Total	65.150.000	6.153.100	1.750.245	4.018.567	11.921.912

	Dépenses – plan pour 2009-2032	Dépenses effectuées			
		2009	2010	2011	2009-2011
Soutien aux travaux préparatoires de la purification de l'amiante dans les lieux publics et les bâtiments, soutien au développement et la mise à jour de programmes d'enlèvement de l'amiante au niveau de gminas, powiats et voïvodies, formations au niveau local	29.200.000	1.614.893	1.843.305	2.784.497	6.242.696
Activités d'éducation et d'information	12.800.000	1.133.396	1.215.030	687.707	3.036.133
Suivi de la mise en œuvre du programme	7.200.000	682.224	500.200	524.600	1.707.024
L'évaluation de l'exposition et la protection de la santé	4.000.000	392.642	300.000	0,00	692.642
Total	53.200.000	3.823.156	3.858.535	3.996.804	11.678.495

En 2008, la réalisation du projet « Renforcer la mise en œuvre de la législation communautaire relative à l'amiante et des matériaux contenant de l'amiante » a été terminée. Ce projet était cofinancé par l'Union européenne. 27 formations spécialisées liées au thème de l'amiante ont été menées, auxquelles 2.000 travailleurs ont participé à divers niveaux d'unités de l'autonomie locale, de la police, des services d'incendie, des services douaniers. Ils ont été organisées aussi pour les travailleurs de l'Inspection du travail, les inspecteurs de la Supervision de la construction, et les inspecteurs de l'Inspection nationale sanitaire et des médecins.

Dans les années 2009-2011, des activités d'information et d'éducation ont été menées pour 3.061 participants:

- en 2009, 4 conférences régionales ont été organisées - avec 683 participants,
- en 2010, 6 conférences régionales ont été organisées, 10 cours de formation pour les pompiers volontaires, deux ateliers pour les enseignants, un cours de formation pour les juges et les procureurs - avec 589 participants
- En 2011, 2 conférences régionales ont été organisées, 4 cours de formation pour les pompiers volontaires, une formation pour des juges et des procureurs, des ateliers pour les élèves de l'école secondaire - avec 1 789 participants.

En 2008 un banc d'essai pour l'amiante par microscope électronique en transmission, qui fonctionne selon un système d'assurance qualité, a été déployé dans un laboratoire de recherche agréé à l'AGH à Cracovie.

En 2008, le Ministère de l'économie a mis en oeuvre des projets d'éducation et d'information ayant pour but d'augmenter l'activité des gouvernements locaux. Des guides ont été distribués aux utilisateurs de produits contenant de l'amiante, les informations sur les possibilités de mobiliser des ressources financières pour les activités liées à l'élimination des produits contenant de l'amiante, ainsi que des prospectus et des affiches. En Pologne de sud-est où les produits d'amiante sont utilisés particulièrement fréquemment, il y a eu des programmes de radio sur le thème de l'amiante. Un soutien financier a été accordé aux gouvernements de voïvodies suivants: Lubelskie – pour l'organisation d'une conférence pour les gouvernements locaux et Podkarpackie - pour préparer un film éducatif. Tous les powiats en Pologne ont reçu un matériel pédagogique sous la forme d'un plan local standard pour retirer l'amiante.

Le Ministre de l'économie a accordé en 2008 des subventions pour 73 unités de l'autonomie locale en Pologne pour élaborer des programmes pour supprimer l'amiante et des produits contenant de l'amiante:

En 2009, le Ministre de l'économie a accordé aux unités de l'autonomie locale 74 subventions pour développer des programmes pour retirer l'amiante, 97 subventions en 2010 et 174 subventions en 2011. Le ministre a accordé en 2009, 4 subventions pour les activités d'éducation et d'information, 4 subventions en 2010 et une subvention en 2011.

Des activités pour la protection de la santé ont également été financées, y compris la mesure de la concentration de fibres d'amiante dans l'air, un séminaire pour les médecins, le développement de programmes de recherche afin d'améliorer la détection de maladies liées à l'exposition à l'amiante et l'évaluation des risques pour la santé humaine et animale. Les conférences régionales ont été tenues (Podlaskie, Mazowieckie, Podlaskie et Podkarpackie), ainsi que des séminaires pour les gardes urbains et des coopératives de logement dans la région de Katowice.

L'intérêt croissant des unités de l'autonomie locale aux subventions pour développer un programme pour supprimer des produits contenant de l'amiante dans des gminas, des powiats ou des voïvodies se traduira par une réduction de l'arriéré concernant l'inventaire des produits qui contiennent de l'amiante et l'évaluation de leur état.

Dans l'année scolaire 2009-2010, dans les écoles primaires, les collèges et les écoles, un concours national sous la bannière « Nous supprimons l'amiante » a été réalisé.

Le rythme de l'élimination des produits contenant de l'amiante était plus faible que prévu – 1 million de tonnes a été retiré en 2008 et 14,5 millions de tonnes de produits contenant de l'amiante étaient encore en usage. Problèmes le plus importants:

- trop petit nombre de programmes pour retirer l'amiante et des produits contenant de l'amiante au niveau des gminas, powiats et voïvodies,
- nombre insuffisant de plans de déploiement des produits contenant de l'amiante et des registres complets des bâtiments contenant de l'amiante et les sites d'exposition à l'amiante dans les voïvodies,
- l'inventaire incomplet de l'utilisation des produits contenant de l'amiante et le nombre insuffisant de premiers contrôles des bâtiments et de l'équipement de construction, dans lequel de l'amiante ou de produits contenant de l'amiante ont été ou sont utilisés, l'insuffisance du nombre des opinions du premier contrôle a eu comme conséquence l'abandon des inspections périodiques complémentaires et la préparation des évaluations et de la capacité de l'utilisation sécuritaire de produits contenant de l'amiante,
- informations incomplètes sur le nombre d'articles supprimés contenant de l'amiante,
- omission de se conformer aux dispositions relatives à la manipulation de produits contenant de l'amiante,
- circulation insuffisante de l'information,
- coopération insuffisante du gouvernement et des gouvernements locaux,

- absence d'un système de soutien financier des organismes obligés à prendre des mesures pour la suppression sécuritaire de l'amiante.

Pour augmenter le rythme de l'élimination des produits contenant de l'amiante, les activités législatives, organisationnelles et des activités d'information et d'enseignement ont été intensifiées:

- la loi relative à l'interdiction de l'utilisation des produits contenant de l'amiante a été modifiée et six règlements ont été adoptés et autres règlements sur les produits chimiques et la gestion des déchets (ils se rapportent indirectement aux questions de l'amiante): les droits et obligations des personnes physiques et morales et ceux des unités de l'autonomie locale ont été clarifiés; la législation polonaise a été adaptée aux dispositions de l'Union européenne et des demandes des organismes de contrôle ont été prises en compte, y compris celles de la supervision des travaux de construction, de l'inspection du travail et de l'inspection sanitaire,
- informations sur la nocivité de l'amiante étaient disséminées ainsi que celles sur les procédures de manipulation en sécurité pendant l'usage et l'élimination des produits contenant de l'amiante (publication et distribution aux unités de l'autonomie locale des guides et des matériaux, mise à jour des guides sur le financement de la suppression de l'amiante et la manipulation des produits contenant de l'amiante),
- en 2009, il existait 29 décharges recevant au stockage des déchets contenant de l'amiante, entre 2009 et 2032, 56 sites d'enfouissement seront créés,
- en 2009 on a commencé la construction d'un système électronique pour l'information spatiale pour la surveillance du processus de l'élimination des produits contenant de l'amiante, la mise en œuvre complète du système aura lieu en 2012,
- les nouvelles technologies dans le domaine de l'élimination des fibres d'amiante dans les déchets étaient examinées,
- la possibilité d'instaurer des dérogations à l'obligation de supprimer certains produits contenant de l'amiante a été examinée,
- a été créé un grand nombre de petites entreprises et de services de rénovation-construction pour l'élimination des produits de l'amiante le transfert des déchets d'amiante fabriqués pour les sites d'enfouissement,
- 6.000 employés du gouvernement et des gouvernements locaux, de la police, des services d'incendie, ainsi que les inspecteurs des douanes et l'inspection du travail, de la supervision de la construction, de l'inspection sanitaire et des médecins ont participé à un cours de formation,
- les contacts internationaux ont été établis, notamment dans l'UE, afin de faciliter la coopération pour l'élimination de l'amiante,
- le suivi de la mise en œuvre du programme a commencé sous la forme d'une base de données des articles et des déchets contenant de l'amiante, la modernisation de la base a été commencée en 2009, son achèvement est prévu pour 2012,
- les unités de l'autonomie locale étaient soutenues, sous la forme de subventions, dans le développement de programmes pour l'enlèvement de l'amiante et des produits contenant de l'amiante, et la préparation de la documentation pour le nettoyage des lieux publics des produits de l'amiante et les activités d'éducation et d'information,
- par les fonds nationales pour l'environnement, les fonds de l'UE et prêts préférentiels par la Bank Ochrony Środowiska (en français: *Banque de la protection de l'environnement*) des activités relatives à l'enlèvement de l'amiante ont été financées.

Indicateurs d'évaluation annuelle de la mise en œuvre des tâches

Indicateur	2009	2010	2011	2012	2013-2015	2016-2032
Produits contenant de l'amiante retirés de la consommation - millions de tonnes	0,5	1,3	2,5	4,0	6,7	14,5
Déchets déposés contenant de l'amiante - millions de tonnes	0,5	1,0	1,8	2,8	4,6	10,0
Nombre de gminas utilisant la base régionale de données sur les produits et des déchets contenant de l'amiante	1.000	1.500	2.000	2.478	2.478	2.478

En 2004, un Centre de référence pour la recherche et l'évaluation des risques pour la santé liés à l'amiante a été créé, il est placé à l'Institut de médecine du travail à Łódź. Le Centre recueille des données concernant l'évaluation des risques pour la santé et détermine le risque de cancer lié à l'amiante pour les habitants polonais. Les tâches du Centre:

- surveillance de l'exposition de la population à l'amiante, des effets sur la santé et la création d'une base de données,
- évaluation des risques pour la santé liés à l'exposition aux poussières d'amiante,
- définition des priorités dans le programme d'élimination de l'amiante selon l'étendue des risques pour la santé,
- évaluation des risques de la santé des travailleurs chargés de l'enlèvement, du transport et du stockage de l'amiante et les populations vivant à proximité des travaux et les sites d'enfouissement,
- organiser et effectuer la surveillance de groupes d'exposition spécifique à l'amiante,
- mener des activités de formation, d'information et de savoir-faire concernant la nocivité de l'amiante,
- supervision et coordination d'exams prophylactiques des travailleurs des anciennes plantes de traitement de l'amiante.

Les activités de recherche du centre sont financées par des subventions du Ministère de la science et de l'enseignement supérieur et les fonds transmis sur la base des accords internationaux, les accords avec les entrepreneurs et autres entités, ainsi que les programmes structurels.

Entre 2004 et 2010, l'Institut de médecine du travail à Łódź a effectué des examens de 1.634 points situés tout au long de la Pologne (16 voïvodies–283 powiats–824 gminas), 5.962 mesures ont été effectuées. En 2011, les recherches n'ont pas été menées. En 2012, des recherches seront effectuées dans les voïvodies suivantes: Dolnośląskie, Łódzkie, Mazowieckie, Lubelskie, Świętokrzyskie, Śląskie, Małopolskie, Podkarpackie.

En 2008, les recherches étaient effectuées en particulier dans le voisinage des anciens établissements d'amiante - Ogrodzieniec, Szczucin, Wierzbica, Gryfów, Lubawce i Małkinia et aussi les zones de catastrophe naturelle après l'ouragan dans les voïvodies suivantes: Opolskie, Śląskie i Łódzkie. Un séminaire pour les médecins et le développement de nouveaux projets de programmes de recherche a été également financé, concernant, entre autres, l'augmentation de la détection de maladies liées à l'amiante et l'évaluation des risques pour la santé humaine et animale.

La concentration moyenne de fibres d'amiante sur le territoire du pays était estimée à 549/m³. Les concentrations ont montré de grandes variations dans les voïvodies (247 - 1142 ITA/m³). Si l'on adopte comme une limite acceptable - 1000 ITA/m³ d'air – ce qui se traduit dans les réglementations sur la santé au travail par 0,001 ITA/cm³ (concentration maximale de NDS est 0,1 ITA/cm³) – presque 80% des points ne dépassent pas ce niveau.

L'Inspection nationale du travail (PIP) a pris des mesures suivantes:

- contrôle, dans le cadre de la mise en œuvre du thème « Contrôles sur la conformité du processus d'élimination des produits contenant de l'amiante dans des bâtiments et des bâtiments industriels avec les dispositions de la sécurité et l'hygiène»,

- coopération avec les inspecteurs de supervision de construction (vérifications conjointes) dans les powiats, les stations sanitaires et épidémiologique,; inspections de la protection de l'environnement, les chambres de l'artisanat, les comités de voïvodies pour la sécurité et l'hygiène au travail dans l'agriculture,
- information, éducation et prévention de l'exposition aux poussières d'amiante: élaboration de brochures et de dépliants – « Attention! Amiante – renseignements importants pour les agriculteurs », « Amiante - Manuel de bonnes pratiques », organisation des cours et des réunions pour une association de couvreurs, les spécialistes de la gestion rurale portant sur la sécurité lors de l'élimination des produits contenant de l'amiante, participation des représentants de la PIP comme conférenciers lors de séminaires et des conférences organisés par d'autres organismes, par exemple le CIOP: « Suppression de l'amiante - règlements et sécurité » - dans le cadre de la campagne européenne 2010 - 2011-« Un milieu de travail sain et sécuritaire »,
- promotion des bonnes pratiques pour éliminer les produits contenant de l'amiante, pendant les foires régionales, le « Festival de la santé », le Festival National de Maires des Villages (softys), les fêtes des moissonneurs et autres,
- participation aux programmes de radio sur la nocivité de l'amiante,
- participation au Conseil de programmation du « Programme de purification du pays de l'amiante »,
- expertise juridique - des conseils juridiques fournis lors de contrôles, réponses aux questions (par écrit, au téléphone, par courriel),
- analyse des projets législatifs et la présentation de commentaires (le règlement du Ministre de l'économie du 5 août 2010 modifiant le règlement relatif aux moyens et les conditions d'utilisation sécuritaire et l'élimination des produits contenant de l'amiante, le règlement du Ministre de l'économie du 13 décembre 2010 relatif aux exigences pour l'utilisation de produits contenant de l'amiante, et l'exploitation et la purification des installations ou des dispositifs où ont été - ou sont utilisés - les produits contenant de l'amiante),
- en 2009, une demande d'annulation de la décision portant l'approbation du programme de gestion des déchets d'amiante pour les entités ne satisfaisant ne pas aux exigences de sécurité et hygiène au travail - la demande a été approuvé et par suite les modifications ont été apportées à la loi modifiant la loi relative aux déchets.

3 / Les travailleurs temporaires, ont-t-ils le droit de participer aux consultations ou à être représenté dans les organismes avec lesquels l'employeur consulte les questions de la sécurité et l'hygiène au travail ?

La situation des travailleurs temporaires est spécifiquement réglementée par la loi du 9 juillet 2003 relative à l'embauche de travailleurs temporaires. La loi ne concerne pas les questions de consultation par des travailleurs temporaires des matières sur la sécurité et l'hygiène au travail avec l'employeur-utilisateur, ni leur représentation dans les organes avec lesquels l'employeur consulte ces questions. Conformément à la loi relative à l'embauche de travailleurs temporaires, à défaut d'une mention contraire dans ses dispositions et les dispositions séparées, les dispositions de la législation de travail concernant, respectivement, l'employeur et l'employé s'appliquent à des agences de travail temporaire, l'employé temporaire et l'employeur -utilisateur. Cela signifie que l'employeur – utilisateur – qui souhaite organiser le travail des travailleurs temporaires, en leur offrant des conditions de sécurité et d'hygiène appropriées – est tenu de consulter avec eux les questions de sécurité et hygiène au travail (dans son entreprise) ou assurer leur représentation dans les organes avec lesquels il consulte ces questions.

Les questions de la consultation sur la santé et l'hygiène au travail sont régies par l'article 237^{11a} du Code du travail. Selon cet article, l'employeur doit consulter avec les travailleurs ou

leurs représentants, toutes les activités liées à la sécurité et l'hygiène au travail. Cette disposition s'applique à tous les travailleurs au sens du Code du travail, quelle que soit la période d'emploi.

Les consultations doivent couvrir:

- les changements dans l'organisation du travail et de l'équipement de postes de travail, l'introduction de nouveaux procédés et de produits chimiques et de leurs mélanges, s'ils peuvent constituer une menace pour la vie ou la santé des travailleurs,
- évaluation des risques qui se produisent lors de l'exécution de certains travaux et informer les employés de ces risques,
- création du service de la santé et l'hygiène au travail ou le fait de confier les tâches de ce service à d'autres personnes, désignation des employés tenus d'assurer le soins d'urgence, mise en oeuvre des activités dans le domaine de la lutte des incendies et l'évacuation des travailleurs,
- allocation aux travailleurs de l'équipement de protection individuelle et des vêtements et des chaussures,
- formation du personnel dans le domaine de la sécurité et l'hygiène au travail.

4/ Le champ d'application des dispositions d'application générale concernant la sécurité et l'hygiène au travail, doit-il couvrir les travailleurs employés dans les ménages privés (employés de maison - *domestic workers*)? Si oui, dans quelle mesure ? Si non, sont-ils couverts par des règlements distincts?

Les dispositions généralement applicables concernant la sécurité et l'hygiène au travail (Code du travail, ainsi que les règlements) sont applicables aux salariés employés dans les foyers, et par conséquent aux personnes employées en vertu d'un contrat de travail, une élection, une nomination ou un contrat coopératif de travail.

Article 3§2

1) Les dispositions concernant la protection de la santé et l'hygiène au travail, comment sont-elles mises en oeuvre? Préciser la nature, les raisons et l'étendue des réformes éventuelles.

Dans la période couverte par le rapport, les changements dans la mise en oeuvre des solutions existantes n'ont pas été effectués, ni les modifications à la législation en vigueur n'ont pas été effectuées dans le domaine régi par cette disposition de la Charte.

2) Les chiffres, les statistiques (les données de l'Eurostat, par exemple) et toutes autres informations pertinentes relatives aux accidents du travail, y compris les accidents mortels (chiffre absolue et taux d'accidents par 100.000 employés), au nombre de contrôles portant sur la santé et l'hygiène au travail effectués par les services d'inspection du travail et au ratio du nombre de travailleurs et d'entreprises soumis à ces contrôles au total, respectivement, au nombre de cas de violation des dispositions concernant la santé et la sécurité au travail et au type de sanctions imposées.

Le nombre d'accidents du travail:

- 2008 – 103.723,
- 2009 – 86.401,
- 2010 – 93.577,
- 2011 – 96.574.

Victimes d'accidents du travail

	Nombre total de victimes		Victimes d'accidents					
	Nombre	par 1.000 travailleurs	Mortels		Graves		Légers	
			Nombre	par 1.000 travailleurs	Nombre	par 1.000 travailleurs	Nombre	par 1.000 travailleurs
2008	104.402	8,96	520	0,045	900	0,08	102.982	8,84
2009	87.052	7,47	406	0,035	780	0,07	85.866	7,37
2010	94.207	8,15	446	0,039	645	0,06	93.116	8,05
2011*	97.223	8,35	404	0,035	683	0,06	96.136	8,25

* Données préliminaires

Maladies professionnelles

Nombre de maladies professionnelles				Nombre de maladies professionnelles par 100.000 employés			
2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
3.546	3.146	2.933	2.562	34,7	29,9	28,3	24,6

Maladies professionnelles, nombre de cas

Maladies professionnelles	2008	2009	2010	2011
Pneumoconiose	697	634	790	705
- silicose	102	106	108	106
- anthracose	461	408	564	516
- amianstose	112	92	88	63
Asthme	89	52	44	47
Maladies chroniques de la voix	809	623	321	228
Cancer	100	95	100	96
- cancer des poumons	57	56	50	64
- mésothéliome	14	17	31	17
Maladies infectieuses ou parasitaires	956	888	729	649
- l'hépatite B	30	31	24	18
- l'hépatite C	119	99	72	49
- maladie de Lyme	702	664	557	483

Incidence des maladies professionnelles, par 100.000 travailleurs, dans certaines sections de l'économie nationale

	2008	2009	2010	2011
Agriculture, sylviculture, chasse et pêche	34,7	31,5	26,7	22,5
Mines et extraction	338,2	295,8	365,8	353,2
Industrie	26,7	23,3	33,0	29,0
Construction	14,7	14,7	15,3	12,9
Education	77,2	43,7	30,6	21,3
Soins de santé et assistance sociale	42,83	29,4	23,9	x

Données sur les accidents (Eurostat), les accidents dans l'agriculture, nombre de contrôles effectués – voir la réponse aux questions supplémentaires 2, 3, 5

	Nombre de décisions concernant la sécurité et l'hygiène au travail	Nombre d'infractions à l'article 283 du Code du travail			Nombre de pénalités appliquées pour l'infraction à l'article 283 du Code du travail		
		une amende imposée sous la forme du mandat	demandes de punition transmises aux cours	des mesures de formation appliquées	nombre d'amendes infligées sous la forme du mandat	nombre de demandes de punition transmises aux cours	nombre de mesures de formation appliquées
2008	355.702	33.262	5.289	5.342	14.714	2.447	3.171
2009	354.004	35.263	4.604	9.632	15.244	2.086	5.433
2010	337.262	35.744	3.992	12.382	15.630	1.867	6.941
2011	304.123	31.446	3.324	14.466	13.921	1.541	8.051

* Le nombre de sanctions diffère du nombre d'infractions, car il arrive que les inspecteurs posent les demandes de punition directement à la cour, couvrant plusieurs infractions et imposent une amende sous la forme de

mandat pour plusieurs infractions et appliquent des mesures de formation pédagogique en cas de plus d'une infraction contre les droits de l'employé.

Questions additionnelles

1/Quelle mesures ont été prises afin de réduire le nombre d'accidents ? Prière d'attirer une attention particulière aux activités liées aux accidents légers, dont le nombre dans la période couverte par le rapport précédent a sensiblement augmenté.

Les informations de base sur le programme pluriannuel « Amélioration de la sécurité et des conditions de travail » - voir la réponse à la question 2, article 3, paragraphe 1.

L'objectif stratégique du programme pluriannuel « Amélioration de la sécurité et des conditions de travail » est de réduire le nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles et les pertes économiques et sociales y connexes. Les efforts déployés pour atteindre cet objectif:

- élaboration de lignes directrices pour évaluer et réduire les risques d'accident dans le transport interne,
- réduction des risques d'accidents routiers par le développement des solutions ergonomiques pour le poste de conducteur dans les transports lourds,
- règles pour la sélection des mesures de prévention par la méthode basée sur l'analyse des postes de travail afin de limiter les risques de traumatismes dans les entreprises de construction de petite taille,
- élaboration de lignes directrices pour l'évaluation et l'atténuation des risques d'accident au cours de travaux d'assemblage dans la construction,
- élaboration de règles empêchant le contournement par les employés de dispositifs de protection et des blindages utilisés pour les machines à des fins de prévention des dommages accidentels,
- des recherches et le développement de solutions organisationnelles qui réduisent les risques d'accidents résultant du mouvement des camions dans le transport à l'intérieur des entreprises,
- élaboration des règles de sécurité pour les systèmes hydrauliques dans les machines industrielles fixes,
- développement du programme de modification des comportements prenant en compte les caractéristiques des conducteurs au tempérament prononcé et en singularisant les risques spécifiques au transport routier,
- utilisation des médias artistiques pour façonner les attitudes pro-sécurité dans les milieux scolaires et professionnels,
- des outils informatiques utilisant des techniques de réalité virtuelle (VR) pour la cartographie interactive des certains dangers mécaniques ayant pour objectif la prévention des événements d'accident pendant la manipulation des ponts.

L'Inspection nationale du travail mène des activités de prévention et d'élimination des dangers dans l'environnement de travail et, en particulier, examine les circonstances et les causes des accidents du travail ainsi que contrôle l'application des mesures pour prévenir ces accidents – conformément à la loi relative à l'Inspection nationale du travail du 13 avril 2007.

Les activités de l'Inspection nationale du travail pour appuyer les activités d'inspection:

- prévention des menaces qui se produisent à l'intérieur du site de construction, avec une attention particulière portée sur le travail à la hauteur et le travail du sol, qui génère le plus grand risque d'accidents,
- surveillance proactive de très grands investissements qui peuvent être une menace importante pour la vie ou la santé des travailleurs,

- campagnes de prévention concernant le temps de travail et les accidents routiers,
- programme d'information et de prévention pour les employeurs et les travailleurs, pour réduire l'impact du stress et autres facteurs psychosociaux au travail.

Les activités de l'Inspection nationale du travail dans le domaine de la prévention des accidents doit mettre l'accent, entre autres, sur:

- le contrôle et la prévention dans les entreprises opérant dans les sections du plus grand risque d'accident,
- l'éducation à la bonne conduite de l'évaluation des risques et l'enquête sur les accidents,
- orientation quant au respect des procédures relatives à la prévention des accidents du travail (expositions, rencontres, réunions, formation, séminaires).

Le Plan d'action à long terme et un plan annuel de l'inspection thématique sont basés sur une analyse des taux d'accidents et doivent prendre en compte les tendances de croissance éventuelles dans les industries données ou dans l'exécution des travaux particuliers.

Une augmentation du nombre de contrôles est suite au constat dans des secteurs économiques donnés de dépassement particulièrement important des normes concernant les facteurs nocifs pour la santé, un nombre élevé de maladies professionnelles et les taux d'accidents élevés. Dans le programme à long terme pour les années 2010-2012, 75 établissements sont couverts par la surveillance accrue, y compris les 21 établissements qui ont été surveillés de façon accrue déjà au cours des années 2007-2009. En raison de l'augmentation d'accidents dans l'industrie de la construction, cette branche de l'économie est couverte par le plan à long terme PIP pour les années 2010-2012.

L'expérience de la PIP montre que les contrôles systématiques dans les établissements dont l'activité présente un risque professionnel particulièrement important permettent, à long terme, de parvenir à une amélioration durable des conditions de travail. L'augmentation de la fréquence de contrôles de ces établissements permet d'éliminer les irrégularités et force les employeurs à porter plus grande attention aux conditions de travail. Cela est particulièrement visible dans le cas des employeurs, chez qui la forme d'une surveillance accrue continue depuis plusieurs années.

En outre, en application des dispositions de la loi relative à l'assurance sociales à titre d'accidents de travail et maladies professionnelles, les inspecteurs du travail, depuis plusieurs années, adressent à l'Institut d'assurances sociales (ZUS) des demandes d'accroître le montant des contributions d'assurance accident. Ces demandes sont le résultat de violations flagrantes des dispositions sur la sécurité et l'hygiène au travail. Ils ont également un rôle incitateur aux employeurs afin d'assurer des conditions de travail saines et contribuent à réduire les risques ce qui, en fin de compte, se traduit par un moindre nombre d'accidents du travail.

Le ZUS prend des mesures pour améliorer la sécurité dans l'environnement de travail, en vue de réduire le nombre d'accidents du travail. Dans le cadre de la mise en œuvre des tâches liées à la diffusion du savoir sur les risques qui causent des accidents du travail et des maladies professionnelles et des moyens de contrer cette menace, le ZUS a organisé des formations portant sur la prévention de dommages résultant des accident, y compris la sécurité et l'hygiène au travail, pour les petites et moyennes entreprises et des formations sur les risques professionnels dans l'industrie minière. Au cours des années 2008-2011, 18.884 personnes ont participé aux 709 formations et séminaires. Les formations et les séminaires visaient à familiariser les participants avec les facteurs de l'environnement qui peuvent entraîner des risques pour la sécurité et l'hygiène des travailleurs au travail, ainsi qu'avec les dispositions légales concernant les principes de sécurité et la santé au travail et la portée des obligations qui en résultent. La mise en œuvre de programmes de prévention a permis aux employeurs de minimiser les risques dans les processus de travail et la réduction des événements d'accident ou des maladies professionnelles.

L'Institut d'assurances sociales a pris un certain nombre d'actions visant à promouvoir des comportements positifs au milieu de travail. Ces activités se concentraient sur les éléments suivants:

- le développement, la publication et la diffusion de matériel d'information (brochures, dépliants et affiches) et des applications multimédia sur la sécurité au travail, visant à la propagation des connaissances, parmi les employeurs, sur les risques inhérents à l'environnement de travail, ainsi que l'amélioration de la culture de sécurité,
- la remise des mesures de protection aux employeurs gagnants des programmes de prévention concernant, notamment, l'amélioration de la sécurité au travail,
- la participation à la campagne tri-annuelle « Sécurité de travail dans l'industrie de la construction – chutes et glissades », qui a eu beaucoup d'importance pour façonner un comportement approprié des employeurs et travailleurs vis-à-vis un environnement sécurisé au travail (site de construction).

L'Institut d'assurances sociales a co-financé, dans les années 2008-2011, des conférences et symposiums scientifiques sur la prévention des dommages accidentels. Les employés du ZUS ont participé à ces conférences, et les connaissances acquises sont utilisées pour proposer de nouvelles solutions dans le domaine de la prévention des dommages accidentels.

L'Institut d'assurances sociales a commissionné des analyses des causes et conséquences des accidents du travail et, en particulier, les accidents mortels, lourds et collectifs et les maladies professionnelles, ainsi que des travaux de recherche. Les sujets de l'analyse et les travaux de recherche scientifique comprenaient une analyse des accidents du travail et des maladies professionnelles et les risques inhérents à l'environnement de travail dans les sections de l'économie nationale, dans lesquelles le nombre d'accidents du travail ou de maladie professionnelles est le plus grand. Les analyses et des travaux de recherche scientifique sont utilisées dans les activités pédagogiques réalisées principalement pour les employeurs des petites et moyennes entreprises.

En vertu de la loi relative à l'assurance sociale des agriculteurs du 20 décembre 1990, la Caisse d'assurances sociales des agriculteurs (KRUS) mène des activités pour la prévention des accidents du travail dans les exploitations agricoles, en étudiant les causes et les circonstances des accidents du travail et maladies professionnelles, et en diffusant des connaissances, parmi les agriculteurs, sur les risques associés avec les travaux dans les exploitations agricoles et les principes de l'exécution sûre de ce travail. Cela comprend les éléments suivants:

- analyse des causes des accidents du travail et des maladies professionnelles,
- formation et instruction pour les assurés sur les principes de protection de la vie et la santé dans les exploitations agricoles et les procédures dans le cas d'un accident du travail agricole,
- diffusion des connaissances sur les risques d'accidents du travail et maladies professionnelles agricoles, ainsi que les connaissances sur les principes de protection de la vie et la santé dans les exploitations agricoles et les règles de conduite en cas d'accident,
- des efforts de production et de distribution des mesures de sécurité appliquées à l'agriculture et de l'équipement et des vêtements de protection pour les agriculteurs.

La diminution du nombre d'accidents dans l'agriculture (voir la réponse à la question 3 pour l'article 3, paragraphe 2) est le résultat des activités menées par le Ministère de l'agriculture et du développement rural et la KRUS.

En décembre 2008, le Président de la KRUS, en accord avec le Ministre de l'agriculture et du développement rural, le Ministre de la santé, le Ministre du travail et de la politique sociale et le Conseil des Assurances, a mis à jour les principes de la protection de la santé et la vie dans les exploitations agricoles, établis en 1995, ajustant les recommandations concernant

l'équipement des exploitations agricoles et la sécurité des personnes travaillant de façon à ce qu'elles prennent compte des normes juridiques de l'UE en vigueur dans les États membres ainsi que des bonnes pratiques agricoles.

Sur base d'une analyse des causes et des circonstances des accidents, des plans d'action de prévention ont été élaborés afin de réduire le nombre d'accidents et de maladies professionnelles des agriculteurs. Les activités ont été menées principalement dans les régions où les taux d'accidents sont élevés et dans les localités où les accidents mortels sont arrivés ou les accidents causant des blessures graves.

Activités de la KRUS afin de réduire le nombre d'accidents du travail

Type d'action	2008	2009	2010	2011	2011:2008, %
Nombre de formations pour les agriculteurs	2.012	2.262	2.522	2.494	124,0
Nombre de participants	46.940	53.785	55.680	52.160	111,1
Nombre de cours de formation pour les étudiants de l'école d'agriculture	209	275	259	233	111,5
Nombre de participants	7.680	10.390	8.810	6.830	88,9
Nombre de cours de formation pour les étudiants des collèges et des écoles primaires	1.701	1.530	1.413	1.741	102,4
Nombre d'enfants participant	84.185	87.380	73.945	94.455	112,2
Nombre de compétitions pour les agriculteurs	630	655	949	1.311	208,1
Nombre de compétitions et de concours pour les jeunes et les enfants du milieu rural	1.138	1.093	1.059	1.063	93,4
Nombre de points d'information de la KRUS pendant les événements agricoles	416	520	688	854	205,3
Nombre de démonstrations pratiques	714	633	1.010	1.385	194,0

Le concours national « Ferme sans danger » est une forme particulièrement efficace de promotion des méthodes de travail sécuritaires dans l'agriculture et de la sécurité des enfants. Il est organisée depuis dix ans par la KRUS, le Ministère de l'agriculture et du développement rural, l'Inspection nationale du travail, les médias partenaires (TVP-1, AGRO SERWIS, AGROmechanika) et autres partenaires. Au cours des années 2008-2011, 4.500 des exploitations agricoles ont participé à la compétition.

Afin de promouvoir les connaissances, parmi les jeunes des écoles agricoles, sur les risques et les principes de la sécurité dans le travail agricole et afin de populariser l'idée de la sécurité au travail chez les jeunes agriculteurs, depuis 2009, sous le patronage du Ministre de l'agriculture et du développement rural du pays, le « Concours de connaissances de l'ergonomie et la sécurité du travail dans l'agriculture » est organisé. La concours couvre les questions d'ergonomie, de sécurité, d'hygiène au travail dans toutes les sections de l'agriculture, les règles et les bonnes pratiques concernant la protection de l'environnement et la sécurité au travail dans une exploitation agricole. Au cours des années 2008-2011, 12.000 étudiants de 200 écoles agricoles ont adhéré à la compétition. La compétition nationale en arts plastiques « Sécurité à la campagne » a une nature semblable. Elle est organisé par la KRUS pour les enfants dans les écoles primaires et les collèges et la première édition du concours a attiré 25.000 enfants des 1.700 écoles.

Les principes de la protection de la santé et la vie des agriculteurs étaient promulgués dans les articles de presse, dans les programmes de radio et de télévision et sur les sites Internet. Pour les journalistes, chaque année le concours « On peut travailler en toute sécurité dans l'agriculture » était organisé sur les publications concernant la sécurité dans l'agriculture.

La Caisse a pris des mesures pour promouvoir les machines, équipements et solutions techniques visant à améliorer la sécurité au travail dans l'agriculture, notamment en accordant aux machines, dispositifs et mesures de protection individuelle et collective le label « Symbole KRUS » Au cours des années 1994-2011, le Président de la KRUS a concédé 61 autorisations aux 26 producteurs et 2 importateurs pour utiliser le « Symbole KRUS ». Une autre forme de l'impact sur la production et la distribution de produits appropriés est l'accord,

par le président de la Caisse (KRUS), depuis 1996, des honneurs de foires « DOBROŚLAW » à « Des produits favorisant la sécurité au travail dans les exploitations agricoles ».

Les agriculteurs étaient informés sur des produits sécuritaires (portant le « Symbole KRUS » et les honneurs de foires « Dobrośląw »), ainsi que sur les outils défectueux et ceci pendant les foires et autres événements, des cours de formation et des réunions, conférences, séminaires et colloques et dans les médias et autres réunions consacrées à la sécurité du travail dans l'agriculture.

La KRUS a co-organisé le Concours national pour améliorer les conditions de travail, réalisé par CIOP, sous les auspices du Ministre du travail et de la politique sociale, dont le but était d'améliorer les conditions de travail, la sécurité et la protection dans le milieu de travail.

Dans le cadre de la coopération avec l' Association des pompiers volontaires dans la mise en œuvre du système de secours pré-médicale, les unités des pompiers volontaires ont été équipées de trousse de secours pré-médicale. Ces unités utilisent l'équipement au moment d'aider les victimes d'accidents au travail agricole, des incendies et des catastrophes naturelles, pour les soins d'urgence ainsi que pour la sécurisation des manifestations massives organisées dans les zones rurales.

La KRUS a développé, édité et diffusé parmi les habitants des milieux ruraux, le matériel sur prévention (dépliants, brochures, affiches, calendriers, guides, cahiers de coloriage pour les enfants, matériaux de reflet et films). Dans les concours organisés par la Caisse, les prix étaient l'équipement et les machines pour accroître la sécurité au travail dans les exploitations agricoles.

Pour augmenter et promouvoir les connaissances sur la sécurité et l'hygiène au travail, le Ministère de l'agriculture et du développement rural, la KRUS et le Centre consultatif pour l'agriculture organisent des formations pour les agriculteurs, les foires agricoles, des démonstrations de machines et l'équipement agricoles, et des émissions à la radio. Des guides ont été élaborés pour les formations, ainsi que des brochures éducatives et des vidéos sur les principes de la sécurité au travail dans l'agriculture.

L'amélioration de la sécurité au travail dans l'agriculture est favorisée grâce à l'appui financier provenant du Programme de développement rural pour la période 2007-2013, qui soutient des changements dans la structure des exploitations agricoles et des changements dans les technologies de production. À la fin de 2011, 29,80 milliards zł ont été payés aux agriculteurs, petite industrie alimentaire et les autres bénéficiaires. 4.515 milliers d'applications ont été acceptées, y compris celles pour la modernisation des exploitations agricoles, l'utilisation des services consultatifs par les agriculteurs et sylviculteurs, la réhabilitation des villages, la modernisation et le développement de l'infrastructure agricole est forestière.

Le concours EUROZAGRODA organisé chaque année depuis 2009 a pour l'objectif la promotion des bonnes pratiques et des meilleurs projets dans la construction rurale, conformes aux normes européennes. Les bâtiments nouvellement construits et modernisés y participent. Ils se distinguent par les solutions de construction et d'architecture modernes, la sécurité pour les utilisateurs et les animaux, conformes avec les normes de protection de l'environnement, et avec les conditions visées aux normes européennes technologiques pour les exploitations agricoles.

Depuis 2009, les règles de la conditionnalité sont mises en œuvre (en anglais: *cross-compliance*), c'est-à-dire les prescriptions auxquelles doivent être conformes toutes les exploitations agricoles pour la protection de l'environnement contre la pollution découlant des activités menées dans les exploitations agricoles, pour la fabrication de produits agricoles sans mettre en danger la santé humaine et la santé animale et végétale, et pour assurer des conditions du bien-être des animaux et l'utilisation des terres d'une façon qui ne diminue pas leur qualité. Centre consultatif pour l'agriculture a formé 3.700 conseillers offrant des

services de conseils en ce qui concerne les exigences minimales de la conditionnalité et la sécurité et l'hygiène au travail sur une exploitation agricole. Les formations et les séances de perfectionnement des consultants agri-environnementale, des conseillers dans le domaine du développement rural sont aussi réalisées. Les consultants sont préparés aussi pour coopérer avec les groupes d'action locale.

Les activités sont menées pour la production et la distribution des mesures techniques sécuritaires pour les exploitations, notamment en accordant aux machines, dispositifs et mesures de protection individuelle et collective le « Le signe de sécurité KRUS », nommé «le signe KRUS». De 1994 à 2011 le Président de la Caisse d'assurance sociale agricole (KRUS) a accordé 61 permis pour utiliser le « signe KRUS » aux 26 fabricants et 2 importateurs.

2/ Le pourcentage des accidents sévères (impliquant une absence au travail d'au moins de 3 jours) et des accidents mortels par 100.000 employés, dans la période couverte par le rapport – prière de fournir les données transmises à l'Eurostat.

La Pologne doit transmettre à l'Eurostat les informations concernant les accidents du travail entraînant l'incapacité de travailler de plus de 4 jours et les accidents mortels. Les données suivantes ont été transmises:

- 2008: les victimes d'accidents du travail (absentéisme de plus 4 jours et sans accidents mortels) - 96.318 personnes, le taux d'accidents par 100.000 travailleurs - 826,48, victimes d'accidents mortels – 520 personnes, le taux d'accidents par 100.000 travailleurs - 4,46,
- 2009: les victimes d'accidents du travail (absentéisme de plus 4 jours et sans accidents mortels) - 76.546 personnes, le taux d'accidents par 100.000 travailleurs - 682,67, victimes d'accidents mortels – 406 personnes, le taux d'accidents par 100.000 travailleurs - 3,48,
- 2010: les victimes d'accidents du travail (absentéisme de plus 4 jours et sans accidents mortels) - 85.825 personnes, le taux d'accidents par 100.000 travailleurs - 742,45, victimes d'accidents mortels – 446 personnes, le taux d'accidents par 100.000 travailleurs - 3,86,

Les données sur les accidents du travail pour l'année 2011 seront transmises à l'Eurostat en juin 2013 car, conformément à l'article 5, paragraphe 1 du règlement de la Commission (UE) no. 349/2011 du 11 avril 2011 portant application, en ce qui concerne les statistiques sur les accidents du travail, du règlement du Parlement européen et le Conseil (CE) N° 1338/2008 relatif aux statistiques communautaires sur la santé publique et de la santé et la sécurité au travail, les États membres transmettent les données sur les accidents dans le délai de 18 mois à compter de la fin de la période de référence.

3/ L'évolution du nombre d'accidents dans l'agriculture - dans la période couverte par le rapport.

Le registre des accidents du travail dans l'agriculture individuelle géré par La Caisse d'assurance agricole sociale couvre les accidents signalés dans le cadre de procédure concernant l'attribution des prestations d'assurance sociale des agriculteurs à la suite des accidents. Tous les assurés de la KRUS peuvent présenter une demande de prestations s'ils ont subi une atteinte à la santé suite à un accident du travail agricole, ainsi que les membres éligibles de la famille de l'assuré, si le membre est mort en conséquence d'un accident pendant le travail agricole.

	2008	2009	2010	2011	2011/2008, %
Nombre d'incidents signalés	27.722	26.943	26.305	25.772	93,0
Nombre d'événements considérés comme accidents du travail agricole	25.899	24.461	23.494	22.642	87,4
Nombre d'accidents avec le paiement de l'indemnité unique	17.956	17.620	16.897	16.574	92,3
Nombre d'accidents mortels	95	102	89	81	85,3

Nombre de victimes nécessitant les soins constants de la part d'une tierce personne	pas de données	38	32	41	107,9
Taux d'accident (nombre de cas par 1.000 assurés selon les décisions d'octroi d'une indemnité unique)	11,3	11,2	10,9	10,9	-0,4
Nombre d'accidents mortels par 100.000 assurés	6,0	6,5	5,8	5,3	-0,7

Le plus fréquemment, les accidents sont la suite d'une chute, la saisie et l'impact en déplaçant les pièces de machinerie et d'équipement et de l'impact, l'écrasement, les morsures causées par les animaux. Dans le cas des accidents mortels la cause sont l'impact ou la saisie par un moyen de transport en mouvement.

L'action pour réduire le nombre d'accidents du travail – voir la réponse à la question 2 de l'article 3, paragraphe 1.

4/ La mise en oeuvre de nouvelles dispositions légales concernant l'inspection du travail - en particulier concernant l'utilisation par les inspecteurs des pouvoirs plus étendus pour contrôler les conditions de santé et hygiène au travail (cessation de l'exploitation des machines et de l'équipement, interdiction de poursuivre le travail ou d'exercer des activités dans les endroits où il y a une menace directe à la vie et la santé, l'obligation d'établir les circonstances et les causes des accidents du travail). Est-ce que les effets positifs de l'existence/l'exercice de ces pouvoirs des inspecteurs ont été observés?

Les effets positifs ont été observés de l'utilisation par les inspecteurs de nouvelles dispositions légales concernant la cessation de l'exploitation des machines et de l'équipement, l'interdiction de poursuivre le travail ou d'exercer des activités dans des endroits où il y a une menace directe à la vie et la santé, l'obligation d'établir les circonstances et les causes des accidents du travail.

Suite à la cessation de l'exploitation des machines et de l'équipement, ou bien de l'interdiction de poursuivre le travail ou d'exercer des activités dans les endroits où il y a une menace directe pour la vie et la santé, une amélioration immédiate a été observée des conditions de travail et l'élimination des menaces; même des établissements ont mis fin à la non application des dispositions du droit du travail, y compris celles portant la santé et l'hygiène au travail. L'obligation d'établir les circonstances et les causes des accidents du travail contribue aussi indirectement à l'amélioration des conditions de travail, parce que il se peut que l'employeur qui n'a pas prévu d'examiner les circonstances et les causes des accidents du travail puisse ne pas connaître ses causes et ne mettra pas en oeuvre des activités préventives afin d'éviter de futurs événements similaires dans l'établissement.

Nombre de décisions

	Cessation de l'exploitation des machines et de l'équipement	Interdiction de poursuivre le travail ou d'exercer des activités	Etablissement des circonstances et des causes des accidents
2008	4.058	466	97
2009	6.976	660	109
2010	8.008	516	160
2011	7.557	573	285

Type et nombre de pénalités appliquées dans le cadre de la délivrance des décisions:

	Cessation de l'exploitation des machines et de l'équipement		Interdiction de poursuivre le travail ou d'exercer des activités		Etablissement des circonstances et des causes des accidents	
	Nombre de demandes de punition soumises à la cour	Nombre d'amendes sous la forme du mandat	Nombre de demandes de punition soumises à la cour	Nombre d'amendes sous la forme du mandat	Nombre de demandes de punition soumises à la cour	Nombre d'amendes sous la forme du mandat
2008	605	3.492	58	351	8	65
2009	871	5.324	92	486	21	61
2010	597	5.521	18	373	36	67
2011	349	4.983	20	387	25	131

5/ Le nombre de contrôles effectués par les inspecteurs du travail, ventilés selon la taille de l'entreprise dans la période couverte par le rapport (des experts ont observé que la conformité avec les dispositions sur la santé et la sécurité au travail est la moindre dans les entreprises avec jusqu'à 9 salariés, et le nombre de contrôles dans ces entreprises a diminué dans la période couverte par le rapport précédent).

	Nombre total de contrôles	Y compris dans les établissements employant							
		1-9 personnes		10-49 personnes		50-249 personnes		250 personnes et plus	
		nombre de contrôles	pourcentage	nombre de contrôles	pourcentage	nombre de contrôles	pourcentage	nombre de contrôles	pourcentage
2008	80.515	38.089	47,31%	23.505	29,19%	12.428	15,44%	6.493	8,06%
2009	87.946	44.175	50,23%	25.606	29,12%	12.290	13,97%	5.875	6,68%
2010	95.273	49.796	52,27%	27.550	28,92%	12.168	12,77%	5.759	6,04%
2011	90.609	49.464	54,59%	24.865	27,44%	11.105	12,26%	5.175	5,71%

6/ Le nombre d'employés de l'Inspection nationale du travail et la structure de l'emploi.

Au 31.12.2008:

Le nombre total d'employés s'élevait à 2.651 personnes, y compris:

- 2.459 personnes dans les services d'inspection de travail locales,
- 192 personnes dans l'Inspection générale de travail.

58 personnes ont travaillé au Centre de formation PIP à Wrocław.

Du total des employés:

- 1.397 personnes occupaient un poste d'inspecteur,
- 42 personnes occupaient le poste de l'inspecteur supérieur – chef de la division,
- 48 personnes occupaient le poste de l'inspecteur en chef de la filiale (inspecteurs du travail locaux et les inspecteurs adjoints du travail locaux),
- 142 personnes - employées comme les inspecteurs adjoints et en formation pour devenir inspecteurs.

Au 31.12.2009:

Le nombre total d'employés s'élevait à 2.697 personnes, y compris:

- 2.507 personnes dans les Inspections du travail locales,
- 190 personnes dans l'Inspection générale de travail.

54 personnes travaillant dans le Centre de formation PIP à Wrocław.

Du total employé:

- 1.489 personnes occupaient un poste d'inspecteur,
- 43 personnes occupaient le poste de l'inspecteur supérieur – chef de la division,
- 48 personnes occupaient le poste de l'inspecteur en chef de la filiale (inspecteurs du travail locaux et les inspecteurs adjoints du travail locaux),
- 62 personnes - employées comme les inspecteurs adjoints et en formation pour devenir inspecteurs.

Au 31.12.2010:

Le nombre total d'employés s'élevait à 2715 personnes, y compris:

- 2514 personnes dans les Inspections du travail locales,
- 201 personnes dans l'Inspection générale de travail.
- 58 personnes travaillant dans le Centre de formation PIP à Wrocław.

Du total employé:

- 1510 personnes occupaient un poste d'inspection,
- 43 personnes occupaient le poste de l'inspecteur supérieur – chef de la division,

- 48 personnes occupaient le poste de l'inspecteur en chef de la filiale (inspecteurs du travail locaux et les inspecteurs adjoints du travail locaux),
- 68 personnes - employées comme les inspecteurs adjoints et en formation pour devenir inspecteurs.

Au 31.12.2011:

Le Centre de formation PIP à Wrocław a devenu le 01.01.2011 une unité organisationnelle de la PIP, par suite 2.753 personnes étaient employées au total, y compris:

- 2.499 personnes dans les Inspections du travail locales,
- 195 personnes dans l'Inspection générale de travail.
- 59 personnes travaillait dans le Centre de formation PIP à Wrocław.

7/ Le nombre d'employés de l'Inspection nationale sanitaire et la structure de l'emploi.

	Station	Surveillance	Laboratoire
2008	WSSE	111	170
	P(G)SSE	987	325
	Total	1.098	495
2009	WSSE	116	170
	P(G)SSE	967	279
	Total	1.083	449
2010	WSSE	124	171
	P(G)SSE	962	271
	Total	1.086	442
2011	WSSE	121	160
	P(G)SSE	960	268
	Total	1.081	428

WSSE – stations sanitaires et épidémiologiques de voïvodie

P(G)SSE – stations du niveau de base: stations sanitaires et épidémiologiques de powiat et frontalières.

Article 3§3

1) La façon de mener les consultations avec les organisations d'employeurs et de travailleurs en matière de mesures pour améliorer la sécurité et l'hygiène au travail. La nature, les raisons et la étendue des réformes éventuelles.

Le Ministre du travail et de la politique sociale, dans le cadre de l'élaboration de projets législatifs concernant la sécurité et l'hygiène au travail mène des consultations à tous les stades des travaux, conformément à la procédure d'évaluation de projets des actes juridiques prévue dans la loi relative aux syndicats et organisations d'employeurs. Dans la période couverte par le rapport, ces dispositions n'ont pas changé.

Quelques changements a connu le Code du travail. Actuellement, l'employeur est tenu de consulter avec les travailleurs ou leurs représentants, toutes les activités liées à la sécurité et l'hygiène au travail, en particulier concernant:

- les changements dans l'organisation du travail et de l'équipement de postes de travail, l'introduction de nouveaux procédés et de produits chimiques et de leurs mélanges, si ceux-ci peuvent constituer une menace pour la vie ou la santé des travailleurs,
- l'évaluation des risques qui se produisent dans l'exécution de certains travaux et obligation d'informer les employés de ce risque,
- l'établissement d'un service de la santé et l'hygiène au travail ou le fait de confier les tâches de ce service à d'autres personnes, désignation des employés chargés de soins d'urgence, mise en oeuvre des activités dans le domaine de la lutte des incendies et l'évacuation des travailleurs,
- l'allocation, pour les travailleurs, de l'équipement de protection individuelle et des vêtements et des chaussures,

- la formation du personnel dans le domaine de la sécurité et l'hygiène au travail.

Les projets d'actes juridiques ont été consultés avec:

- les organisations des travailleurs et des employeurs: Krajowa Izba Gospodarcza (Chambre Nationale de Commerce), Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych, Business Centre Club, Konfederacja Pracodawców Polskich, NSZZ « Solidarność », OPZZ, Forum Związków Zawodowych,
- les associations des employeurs de l'industrie: la Chambre polonaise de l'industrie chimique, la Société polonaise de centrales professionnelles de cogénération, la Société polonaise de transmission et de distribution de l'électricité, la Société économique « les Centrales Polonaises », la Chambre polonaise de services des eaux,
- l'Association des employés des services de la sécurité et l'hygiène au travail,
- les offices: Office de la protection de la concurrence et des consommateurs, l'Inspecteur général du travail, Office de contrôle technique, Office de Régulation de l'Energie, l'Inspecteur général de la supervision de la construction, les Sapeurs-Pompiers Nationaux,
- les instituts de recherche: l'Institut central de la protection du travail - l'Institut nationale de recherche, l'Institut de l'énergie, l'Institut de l'industrie biologique, l'Institut de chimie industrielle.

2) Mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) afin de mener des consultations avec les organisations d'employeurs et de travailleurs.

Et

3) Chiffres, statistiques et toutes autres informations pertinentes, si possible.

Dans la période couverte par le rapport des activités de formation et d'information n'étaient pas effectuées afin d'élever le niveau des consultations ni d'améliorer leur conduite.

ARTICLE 11- DROIT A LA PROTECTION DE LA SANTE

Article 11§1

1) La politique sur la santé publique et le cadre juridique général. La nature, les raisons et l'étendue des réformes éventuelles.

Le fonctionnement du système de protection de la santé est régi par la loi du 27 août 2004 relative aux soins de santé financés par des fonds publics. Les bénéficiaires ont droit aux prestations dont le but est la protection de la santé, la prévention des maladies et lésions, détection précoce des maladies, le traitement, les soins et la prévention du handicap ou son atténuation. Les prestations comprennent:

- les tests diagnostiques,
- les prestations pour la santé, la prévention des maladies et la détection précoce des maladies, y compris les vaccinations obligatoires,
- les soins de santé de base, des prestations dans des institutions éducatives, ainsi que la prévention,
- les soins spécialistes ambulatoires,
- la réhabilitation médicale,
- les soins dentaires,
- le traitement à l'hôpital,
- les prestations hautement spécialisées,
- le traitement à domicile du patient,
- les thérapies et des tests psychologiques et orthophonistes,
- les prestations d'assistance et de soins, y compris les soins palliatifs et de hospice, les soins et l'assistance des personnes handicapées,
- les soins aux femmes pendant la grossesse, l'accouchement ou la période post-natale, l'allaitement, les soins prénatales et les soins du nouveau né,
- les soins pour les enfants en bonne santé de moins de 18 ans,
- les soins de spa (sanatorium),
- l'approvisionnement en médicaments, dispositifs médicaux et auxiliaires,
- le transport sanitaire,
- les services médicaux d'urgence.

Les prestations sont accordées aux personnes satisfaisant aux conditions de la sécurité sociale ou d'assurance sociale des agriculteurs, des soldats et des conscrits de service militaire, des officiers et des services en uniforme: la police, les garde-frontières, le Bureau de la protection du gouvernement, l'Agence de sécurité intérieure, les agences de renseignement, les Services des douanes, les services de prisons, les Sapeurs-Pompiers Nationaux, les membres du Parlement polonais et du Parlement européen et les sénateurs, juges et procureurs, les retraités et pensionnés, les enfants résidant dans les institutions d'éducation (récupération, éducation, assistance), les enfants jusqu'au début de l'obligation scolaire, les étudiants et doctorants, les anciens élèves des séminaires spirituels, les novices, prêtres, et cadets des ordres religieux, les invalides de guerre et les membres de leurs familles, les personnes recevant des allocations familiales et bénéficiaires recevant des rentes, leses bénéficiaires de prestations d'aide sociale, les chômeurs, les réfugiés, les personnes sans abri participant au programme en vue de sortir de la situation de sans abri, celles couvertes par des programmes individuels d'emploi social, les sportifs recevant des bourses d'études, les anciens combattants, les bénéficiaires du congé parental, les agriculteurs et les membres de leur familles, les membres de conseils de surveillance auxquels les prestations en espèces sont servies de ce titre ainsi à d'autres personnes selon ce qui prévoit la loi relative aux soins de santé financés par des fonds publics.

En cas d'hospitalisation ou de tests diagnostiques, une recommandation du médecin est requise. Certains des coûts des séjours en sanatorium et certains services médicaux d'urgence sont partiellement couverts par le bénéficiaire.

Les médicaments sont accordés contre paiement. Il y a trois groupes de médicaments accordés contre paiement:

- médicaments de base (qui sauvent la vie, sont nécessaires dans la thérapie), délivrés contre une somme forfaitaire,
- médicaments complémentaires (médicaments supplémentaires ou complétant l'action des médicaments de base), délivrés contre paiement partiel (30% ou 50% du prix du médicament),
- autres médicaments, contre plein paiement.

La loi relative aux soins de santé financés par des fonds publics a été révisée par:

- la loi du 29 février 2008 relative à la modification de la loi sur la Carte du Polonais et la loi relative aux soins de santé financés par des fonds publics: les modifications de droits aux soins de santé dont bénéficient les personnes détenant la Carte du Polonais,
- la loi du 18 mars 2008 modifiant la loi relative à la protection des étrangers sur le territoire de la République de Pologne et de certaines autres lois: le ré-arrangement des dispositions concernant l'assurance-santé pour les ressortissants étrangers¹,
- la loi du 10 juillet 2008 modifiant la loi relative à la liberté de l'activité économique et certaines autres lois: l'exemption des personnes qui mènent une activité économique non-agricole (ou de personnes collaborant avec eux) de l'obligation de verser des cotisations d'assurance-santé durant la période de suspension des activités économiques,
- la loi du 24 octobre 2008 modifiant la loi relative aux étrangers et certaines autres lois: le changement de la rédaction d'une disposition définissant les assurés ne possédant pas la nationalité d'un État membre de l'UE: les étrangers résidant illégalement sur le territoire de la République de Pologne sont désormais exclus du groupe des personnes assurées, et auxquels un permis de résidence a été accordé sur la base de la loi du 13 juin 2003 relative aux étrangers,
- la loi du 21 novembre 2008 modifiant la loi relative aux soins de santé financés par des fonds publics et certaines autres lois: l'abrogation de dispositions relatives au règlement par le Fonds nationale pour la santé (NFZ) des coûts des prestations de soins de santé accordées aux victimes des accidents de transport,
- la loi du 21 novembre 2008 relative à la fonction publique: introduction des dispositions plus détaillées concernant les candidats à la poste du Président de le Fonds national pour la santé (NFZ),
- la loi du 5 décembre 2008 relative à la prévention et la lutte contre les infections et les maladies transmissibles chez les hommes: le changement des solutions concernant les soins de santé accordés gratuitement, indépendamment de droit à l'assurance maladie, par les établissements des soins de santé sur la base des dispositions distinctes,
- la loi du 6 décembre 2008 modifiant le Code du travail et certaines autres lois: le changement des dispositions sur les décisions et les certificats médicaux délivrés à la demande de bénéficiaires,
- la loi du 19 décembre 2008 modifiant la loi relative à la promotion de l'emploi et les institutions du marché du travail et certaines autres lois: adresse l'assurance-santé des personnes ayant un contrat social,
- la loi du 9 janvier 2009 modifiant la loi relative à l'obligation générale de défendre la République de Pologne et certaines autres lois: suite à l'abolition du service militaire obligatoire, la disposition concernant la obligation d'assurance-santé a été changée. Les

¹ Le but était de rendre les dispositions légales plus claires, l'étendue des droits n'a pas subi de changements.

- personnes soumises à l'obligation d'assurance seront celles qui font le service de remplacement et les personnes visées par la qualification militaire aisant service dans la Police, le Service de garde de frontière et l'Office de la Protection du gouvernement,
- la loi du 23 janvier 2009 relative à l'Ecole nationale de la magistrature et du parquet: suite à la création de l'Ecole nationale de la magistrature et du parquet, l'assurance-santé obligatoire a été introduite pour les étudiants de cette école,
 - la loi du 23 février 2009 relative à la modification de la loi sur les prestations de soins de santé financées par les fonds publics: les modifications ont pour but de faciliter, pour les personnes menant des activités économiques non-agricoles, le paiement de cotisations pour l'assurance-santé générale – on a introduit une base fixe de cotisations minimale déclarée pour l'année civile, pour l'assurance-santé de ces personnes qui attint 75% du salaire mensuel moyen dans le secteur des entreprises au quatrième trimestre de l'année précédente; la cotisation unifiée s'applique du 1er janvier au 31 décembre de l'année civile concernée. La simplification du mode de calcul exempte les personnes exerçant des activités économiques non-agricoles de l'obligation de vérifier chaque trimestre le montant du salaire moyen et leur permet de mieux prévoir les coûts au cours de l'année,
 - la loi du 23 janvier 2009 modifiant certaines lois suite aux changements dans l'organisation et la répartition des tâches dans l'administration publique des voïvodies: les personnes qui reçoivent des bourses pour la formation, l'apprentissage ou la préparation professionnelle en milieu de travail, qui ont été destinées pour réaliser lesdites formations par une entité autre que le bureau de travail de powiat, qui ne sont pas assujetties à l'assurance-santé obligatoire d'un autre titre, sont inscrites à assurance-santé par les centres de guidance agricole de voïvodie,
 - la loi du 7 mai 2009 relative à l'abrogation ou la modification de certaines autorisations de publier des actes réglementaires: l'abrogation de la délégation du Ministre de la santé de délivrer un règlement définissant le modèle d'avis du résultat de la procédure relative à la conclusion d'un accord sur la prestation de soins de santé; les modèles de l'avis figurent au règlement (CE) N° 1564/2005 de la Commission du 7 septembre 2005 établissant les formulaires standard pour la publication des avis dans le cadre des procédures de passation des marchés publics en vertu des directives 2004/17/CE et 2004/18/CE du Parlement européen et du Conseil,
 - la loi du 22 mai 2009 relative aux prestations de compensation pour les enseignants: personnes recevant les prestations de compensation pour les enseignants sont visées par une assurance-santé obligatoire,
 - la loi du 24 juin 2009 relative à la modification de la loi relative au régime pécuniaire des députés du Parlement européen élus dans la République de Pologne et de certaines autres lois: les députés élus au Parlement européen en Pologne ne sont pas soumis à l'obligation d'assurance-santé en Pologne - les députés peuvent adhérer à l'assurance-santé sur une base volontaire,
 - la loi du 25 juin 2009 modifiant la loi relative aux prestations de soins de santé financées par des fonds publics et la loi relative aux prix: la régulation du mécanisme pour créer le catalogue des prestations garanties (panier de prestations de santé), l'introduction du mécanisme de prise de décisions concernant le financement des prestations garanties par des fonds publics, l'établissement des principes et du mode de qualifier des prestations de soins santé comme prestations garanties, le changement du niveau et du mode de financement ou les conditions de leur mise en œuvre,
 - la loi du 27 août 2009 - les dispositions introduisant la loi relative aux finances publiques: mise à jour des dispositions relatives aux prestataires de soins de santé, qui sont des unités budgétaires de l'État,

- la loi du 27 août 2009 relative à la modification de la loi relative à l'obligation générale de défendre la République de Pologne et de certains autres lois: suppression des dispositions relatives à l'assurance-santé obligatoire pour les soldats nommés auparavant à ce service,
- la loi du 25 septembre 2009 modifiant la loi relative aux prestations de soins de santé financées par des fonds publics: au moment de l'attribution de fonds pour les prestations de santé, le taux résultant de la diversité du coût unitaire des soins de santé n'est pas pris en compte – les budgets des directions générales du NFZ dans les voïvodies sont déterminés par les indicateurs démographiques, épidémiologiques et l'indicateur de prestations hautement spécialisées uniquement,
- la loi du 5 mars 2010 relative à la modification de la loi relative aux prestations familiales et la loi relative aux prestations de soins de santé financées par des fonds publics: un certificat médical ou un certificat délivré par une sage-femme à la demande du bénéficiaire aux fins de l'obtention d'une allocation familiale pour l'accouchement ou d'une allocation d'une fois pour l'accouchement sont délivrés gratuitement,
- la loi du 20 mai 2010 relative aux dispositifs médicaux: introduction de la définition de « dispositifs médicaux », qui signifient: les dispositifs médicaux, les dispositifs médicaux pour les diagnostics *in vitro*, l'équipement pour les dispositifs médicaux et l'équipement pour les dispositifs médicaux pour les diagnostics *in vitro* et les dispositifs actifs médicaux pour les transplantations,
- la loi du 10 juin 2010 relative à la modification de la loi relative à la lutte contre la violence en famille et certaines autres lois: un certificat médical délivré à la demande du bénéficiaire aux fins de déterminer les causes et la nature des blessures liées à l'utilisation de la violence est délivré gratuitement,
- la loi du 25 juin 2010 relative au sport: les prestations pour maintenir la bonne santé, pour la prévention des maladies et la détection précoce des maladies comprennent des examens de médecine sportive; les enfants et les adolescents jusqu'à l'âge de 21 ans sont couverts par ces examens et les sportifs ayant entre 21 et 23 ans qui ne reçoivent pas de rémunération pour l'exercice des activités sportives,
- la loi du 23 juillet 2010 modifiant la loi relative aux prestations de soins de santé financées par des fonds publics: limitation de la portée de l'évaluation faite par l'Agence de l'évaluation des technologies médicales et l'abandon de l'évaluation, par l'Agence, uniquement des conditions de la mise en œuvre des prestations de santé; ces changements doivent contribuer à la rationalisation de la procédure suivie par l'Agence pour l'évaluation des soins de santé, et assurer les soins, lorsque, en raison de l'omission par le prestataires des conditions, une direction de voïvodie du Fonds est amené à conclure un nombre insuffisant d'accords avec les prestataires,
- la loi du 5 août 2010 relative à la protection des informations classifiées: l'introduction de la délégation au Conseil des ministres pour adopter une règlement déterminant les personnes parmi les militaires, les policiers, les agents de l'Agence de sécurité intérieure, du Renseignement militaire, du Contre-espionnage militaire, du Bureau central pour la lutte contre la corruption, du Bureau de la Protection du gouvernement, qui sont assujettis à un mode distinct de traitement des données, compte tenu de la nécessité d'assurer la sécurité de la forme et des méthodes de mise en œuvre des tâches protégées, conformément aux dispositions de protection des informations classifiées,
- la loi du 29 octobre 2010 modifiant la loi relative aux prestations de soins de santé financées par des fonds publics et la loi relative aux prestations en espèces et droits des victimes civiles de la guerre qui sont aveugles: amélioration de la fourniture de prestations des soins de santé en dehors des heures de travail des services de soins de santé primaires et pendant les jours libres et les fêtes, l'introduction de la définition des soins ad hoc en cas pareils et la définition de l'état d'urgence,

- la loi du 26 novembre 2010 relative à la modification de certains lois liées à la mise en oeuvre de la loi relative au budget: adoption, pour la base des cotisations d'assurance-santé pour les chômeurs sans droit à l'allocation, du montant de l'allocation de chômage au montant applicable dès le premier jour du quatrième mois de la possession par les personnes sans emploi du droit aux allocations de chômage; l'introduction de subventions de l'État déterminable sur la base du montant pour les cotisations d'assurance-maladie pour les agriculteurs,
- la loi du 3 décembre 2010 modifiant la loi relative aux prestations de soins de santé financées par des fonds publics et la loi relative à la prévention et la lutte contre les infections et les maladies transmissibles chez l'homme: changement des règles sur la transmission au Fonds national pour la santé de fonds de la subvention budgétaire pour le financement des prestations; l'amélioration de la gestion des listes d'attente - tous les mois les prestataires transmettent à la direction régionale compétente du Fonds national de la santé des informations sur le nombre de personnes en attente des prestations médicales et le temps moyen d'attente; changement de règles sur le calcul des cotisations pour certaines personnes,
- loi du 16 décembre 2010 relative à la modification de la loi relative à la promotion de l'emploi et aux institutions du marché du travail et certaines autres lois: la base du calcul de cotisations d'assurance-santé des chômeurs est le montant correspondant au montant de l'allocation de chômage reçue ou une allocation de formation; la base du calcul d'assurance-santé pour les chômeurs sans droit à l'allocation est le montant de l'allocation de chômage au montant applicable dès le premier jour du quatrième mois de la possession, par la personne sans emploi, du droit aux allocations de chômage; les cotisations pour l'assurance-santé pour les personnes sans abri, sortant de l'état de sans-abri et couvertes par le programme d'emploi social individuel, sont payées par un centre d'assistance sociale mettant en oeuvre un programme individuel pour sortir de l'état de sans-abri ou renvoyant à la participation à des cours dans un centre d'intégration sociale ou un centre d'assistance sociale réalisant un contrat social,
- la loi du 4 février 2011 relative aux soins des enfants de moins de 3 ans: les personnes travaillant sur base d'un contrat d'activation sont couvertes par l'assurance-santé, visée à la loi du 4 février 2011 relative aux soins des enfants de moins de 3 ans,
- la loi du 4 mars 2011 relative à la modification de la loi relative aux traitements dans les spas, les stations de cure et les zones de protection de cure ainsi que dans les gminas de cure et certaines autres lois: de nouvelles prestations pour les soins de santé ont été introduites, fournies par les établissements de spa -« réadaptation de spa» qui, au sens de la loi, constituent des activités organisées, menées dans les spas, par les établissements de spa afin de rétablir la santé du patient; on a introduit la possibilité de renvoyer au traitement de spa par le médecin de l'assurance-santé,
- la loi du 18 mars 2011 relative à la modification de la loi relative à l'assistance sociale et la loi relative aux prestations de soins de santé financées par des fonds publics: un plus fort encouragement des personnes sans travail, à exercer des activités leur permettant de sortir d'une situation difficile dans la vie et, par la suite, entrer sur le marché du travail - il a été clarifié que l'assurance concerne les personnes couvertes par le programme individuel d'emploi social ou celles réalisant un contrat social à la suite de l'application de la procédure visée dans la loi du 20 avril 2004 relative à la promotion de l'emploi et aux institutions du marché du travail,
- la loi du 25 mars 2011 relative à la réduction des barrières administratives pour les citoyens et les entreprises: si une entité fabriquant ou vendant des médicaments ou de dispositifs médicaux soumis au remboursement par des fonds publics varie les prix de ces médicaments et dispositifs médicaux dans les contrats avec les grossistes pharmaceutiques,

et aussi applique des conditions contraignantes ou inégales de ces contrats ou bien impose comme une condition pour conclure le contrat l'adoption ou la réalisation par le grossiste pharmaceutique des prestations excessives, celle-ci sera punie par la privation de liberté pour 3 ans,

- la loi du 15 avril 2011 relative aux soins curatifs: adaptation de la terminologie de la loi sur les prestations de soins de santé financées par les fonds publics à la terminologie introduite par la loi relative aux soins curatifs; une disposition a été ajoutée selon laquelle le bénéficiaire a le droit à des soins médicaux et d'assistance dans le cadre de soins de longue durée, sur la base d'une référence par le médecin d'assurance-santé; chapitre VI a été ajouté relatif au transport sanitaire,
- la loi du 28 avril 2011 modifiant la loi relative au système de sécurité sociale et à de certaines autres lois: utilisation du délai de prescription de dix ans à l'égard des règlements des payeurs des cotisations et de l'Institut d'assurances sociales à titre de l'assurance-santé,
- la loi du 12 mai 2011 relative au remboursement des médicaments et des denrées alimentaires destinées à des usages nutritionnels particuliers et des dispositifs médicaux: la mise en œuvre de la directive du Conseil 89/105/CEE recommandant un système de remboursement des médicaments, correspondant à la demande publique pour des médicaments, et tenant compte de la disponibilité des fonds publics, qui peuvent être alloués à cette fin; établissement du Conseil de transparence, auprès du Président de l'Agence d'évaluation des technologies médicales, exerçant une fonction consultative dans le domaine des remboursements des médicaments et donnant des avis sur des programmes de santé; les règles de remboursement des médicaments et des dispositifs médicaux ont été normalisées pour les personnes ayant le droit à ces médicaments et dispositifs et les règles de leur cofinancement; on a abrogé (avec effet au 1er juillet 2012) la disposition relative aux prescriptions délivrées par les médecins d'assurance-santé, les règles sur les prescriptions ont été normalisées dans la loi du 12 mai 2011 relative au remboursement,
- la loi du 9 juin 2011 relative à la promotion de la famille et au système de garde de remplacement: comme un membre de la famille ayant le droit à des soins de santé est considéré son propre enfant, l'enfant du conjoint, l'enfant adoptée, l'enfant ou petit-enfant d'un autre ou en tutelle ou l'enfant d'un autre au sein d'une famille d'accueil ou un foyer de famille pour les enfants, jusqu'à l'âge de 18 ans, et si l'enfant continue son éducation, jusqu'à l'âge de 26 ans - si l'enfant possède un certificat sur l'incapacité sévère ou son équivalent – sans limite d'âge,
- la loi du 29 juillet 2011 relative à la modification de la loi relative au registre et l'identification des contribuables et payeurs et à de certaines autres lois: l'abolition du numéro d'identification fiscale (NIP) attribué aux personnes couvertes par le registre PESEL qui n'exercent pas des activités économiques ou qui ne sont pas des contribuables enregistrés de la TVA, et par conséquent:
 - la notification de l'assuré à l'assurance-santé devrait inclure le numéro PESEL et, dans le cas où un numéro de PESEL n'a pas été attribué – la série et le numéro de la carte d'identité ou du passeport,
 - la notification du membre de la famille de l'assuré à l'assurance-santé devrait inclure le numéro de PESEL et, dans le cas où un numéro de PESEL n'a pas été attribué au membre de famille – la série et le numéro de la carte d'identité ou du passeport,
 - la personne qui paie la cotisation pour l'assurance-santé elle-même doit fournir le numéro de PESEL et en cas de son manque - le numéro et la série de tout autre document attestant de l'identité ou le numéro du document certifiant le droit aux prestations de soins de santé sur la base des règles de coordination,

- Le Fonds national pour la santé a le droit d'obtenir et de traiter les données personnelles des personnes assurées, y compris, entre autres, le numéro de PESEL et les données concernant la série et le numéro de la carte d'identité ou du passeport ou tout autre document prouvant l'identité dans le cas des personnes qui n'ont pas de numéro de PESEL.

L'acte juridique de base définissant le fonctionnement du Fonds national pour la santé est la loi du 27 août 2004 relative aux prestations de soins de santé financées par des fonds publics. Sur sa base, le Fonds national pour la santé a été créé comme un établissement public ayant la personnalité juridique. La loi détermine l'organisation, les tâches et les règles de surveillance sur le Fonds et précise également les conditions d'octroi, la portée, les principes et le mode de financement des prestations de santé financées par des fonds publics. Elle précise également les règles de soumission à l'assurance-santé.

La tâche principale de la NFZ est le financement des prestations de soins de santé par des fonds publics, dont les conditions d'octroi sont déterminées par le règlement du Ministre de la santé. Depuis 2009, ce sont des règlements relatifs aux prestations garanties, séparément pour chaque type de prestation.

Le règlement du président du Conseil des ministres du 29 septembre 2004 relatif au statut du Fonds détermine la portée des activités des organes du Fonds et sa structure organisationnelle. Les questions d'organisation interne du Fonds ont été énoncées en détail dans les règlements émis par l'administration centrale du Fonds et les directions du fonds dans les voïvodies.

Suite à l'entrée en vigueur de la loi du 6 novembre 2008 relative aux droits du patient et au Défenseur des droits du patient, des défenseurs des droits du patient ont été détachés de la structure organisationnelle du Fonds.

Compte tenu des tâches imposées sur le Fonds par la loi du 12 mai 2011 sur le remboursement des médicaments, des denrées alimentaires destinées à l'usage nutritionnel particulier et des dispositifs médicaux, les changements ont été apportés dans le règlement interne de la centrale du Fonds par:

- la création d'une Section des comptes de remboursement dans la structure du Département économique et financier et des tâches nouvelles lui ont été assignées,
- de nouvelles tâches du Département de la gestion de médicaments et l'adaptation des tâches actuelles,
- de nouvelles tâches de la Section des comptes interdépartementaux et subventions provenant de l'Union européenne et du budget de l'Etat.

Les tâches pour la sécurité informatique opérationnelle ont été précisées.

2) Prière de présenter les mesures (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) prises afin de mettre en œuvre la politique de santé publique et la mise en œuvre des dispositions de la loi.

L'objectif de la politique de santé menée dans le cadre des programmes de santé et les stratégies était, dans la période couverte par le rapport, d'améliorer la santé et la qualité de vie de la population et la réduction des inégalités en santé.

Dans la période couverte par le rapport on a réalisé ce qui suit:

- Programme national pour la protection de la santé mentale,
- Soins de santé psychiatriques,
- Programme national pour le développement de la médecine de transplantation, dès 2011- le programme pluriannuel pour la période 2011-2020 pour le développement de la médecine de transplantation,

- Traitement antirétroviraux pour les personnes vivant avec le VIH en Pologne, conformément au Programme nationale de prévention du VIH et de la lutte contre le sida dans les années 2007-2011,
- Programme national pour le traitement de l'hémophilie, 2005-2011,
- Autonomie de la Pologne dans l'approvisionnement en sang sûr et ses composants et de produits sanguins pour la période 2005-2008, dès 2009 sous le titre « L'autonomie de la République de Pologne, en termes de sang, composants du sang et produits sanguins pour les années 2009-2014 »,
- Programme de dépistage néonatal en Pologne,
- Programme de diagnostic complet et de thérapie intra-utérine dans la prévention des complications et séquelles des malformations et maladies du fœtus comme un élément de l'amélioration de la santé foetale et néonatale,
- Programme national pour la protection des antibiotiques en Pologne,
- Programme national de prévention de la toxicomanie pour la période 2006-2010 et 2011-2016,
- Programme national de lutte contre le cancer de 2006 à 2015,
- Programme national pour la prévention et le traitement des maladies du système cardiovasculaire (POLKARD), dès 2010 – le Programme national pour la prévention et le traitement des maladies du système cardiovasculaire pour les années 2010-2012 POLKARD,
- Programme pour la prévention de l'obésité et la surcharge pondérale et les maladies chroniques non-contagieuses par l'amélioration de la nutrition et l'activité physique,
- Programme de prévention et de traitement du diabète en Pologne,
- Programme d'élimination de la carence en iode en Pologne,

Dès 2010, les trois derniers programmes de la liste sont mis en œuvre dans le cadre du programme national pour la prévention des maladies de civilisation:

- Module 1 - Programme pour la prévention de l'obésité et la surcharge pondérale et les maladies chroniques non-contagieuses par l'amélioration de la nutrition et l'activité physique POL-HEALTH
- Module 2 - Programme de prévention et de traitement du diabète en Pologne,
- Module 3 – Programme d'élimination de la carence en iode en Pologne.

Le Programme national pour la protection de la santé mentale (2011-2015) - une stratégie pour la protection de la santé mentale.

Le nombre de personnes recevant un traitement en raison de problèmes de santé mentale s'élève à 1,6 millions. On estime que le nombre réel des personnes ayant des problèmes mentaux remonte à 30% de la population.

Le Programme national pour la protection de la santé mentale détermine une stratégie pour la protection de la santé mentale de la société. Les objectifs du programme:

- promotion de la santé mentale,
- prévention des troubles mentaux,
- amélioration du fonctionnement des personnes ayant des problèmes de santé mentale et leurs proches,
- assurer l'accessibilité aux soins de santé, y compris le développement des soins communautaires.

Dans la mise en œuvre du programme sont impliqués:

- le ministres compétents en ce qui concerne les objectifs du programme, y compris le Ministre de la justice, le Ministre de la défense et les ministres compétents pour: la santé,

l'éducation et la culture, la sécurité sociale, le travail, la science et l'enseignement supérieur, les affaires intérieures et l'administration publique,

– les unités des gouvernements territoriaux à tous les niveaux.

Les bénéficiaires du programme: le grand public, une attention particulière est portée au problème des troubles du développement chez les enfants à l'âge préscolaire, la prévention des troubles de l'alimentation chez les enfants et les jeunes, la prévention du suicide – chez les enfants et les jeunes ainsi que les adultes et la prévention de la dépression. Les bénéficiaires comprennent aussi les services de l'emploi et les employeurs, ayant la capacité de créer des emplois pour les personnes souffrant de troubles mentaux et de troubles du comportement et les professionnels de soins de santé, dans le domaine du diagnostic précoce des troubles mentaux des enfants et des jeunes gens, dans la population d'adultes et des personnes âgées.

Les mesures pour la mise en oeuvre du programme sont les suivantes: les formations, des projets éducatifs et informatifs, des projets pour la surveillance des droits des patients, l'inclusion de la protection de la santé mentale par les unités de l'autonomie locale dans les stratégies de protection de la santé locales, le développement de la recherche scientifique et du système d'information sur la santé mentale, l'activation professionnelle des personnes souffrant de troubles, la promotion des organisations d'entraide opérant dans le domaine du développement de formes de soutien social pour les personnes souffrant de troubles psychologiques.

Les effets du programme: le 15 mai 2012, le délai pour préparer des rapports, imposé par le règlement du Conseil des ministres du 15 décembre 2010 relatif au programme national pour la protection de la santé mentale, a expiré pour les entités participant à l'exécution des tâches en 2011. Les informations obtenues sont en cours d'élaboration par le Ministère de la santé.

Le règlement du Conseil des ministres relatif au Programme national pour la protection de la santé mentale a obligé le Ministre de la santé de lancer des projets de sensibilisation afin de favoriser des attitudes de compréhension et d'acceptation et la lutte contre la discrimination contre les personnes souffrant de troubles mentaux. Afin d'accomplir cette tâche, une campagne de sensibilisation nationale a été préparée, introduisant le public aux principales questions liées avec les troubles mentaux et des troubles de comportement, qui comprendra: un spot télévisé/de cinéma, un spot de radio, une bannière Internet, la publicité de presse, des panneaux, des tracts, des gadgets. Elle vise à dissiper les mythes liés à la santé mentale et l'image stéréotypée et négative de la personne ayant des troubles mentaux et des troubles du comportement. Les activités de sensibilisation sont d'une importance capitale dans la lutte contre la discrimination et la stigmatisation des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Ces actions devraient élargir les connaissances et sensibiliser le public aux maladies mentales, dont l'effet sera le changement des attitudes sociales vers la compréhension et l'acceptation pour les problèmes des personnes souffrant de troubles mentaux et des troubles du comportement.

La campagne sera adressée au grand public, avec une attention particulière aux communautés dans les plus petits centres urbains et les personnes de faible statut socio-économique, parce que c'est dans ces milieux que la stigmatisation des personnes ayant des problèmes de santé mentale et les maladies mêmes est la plus forte.

La campagne commencera à la fin du troisième trimestre de 2012, dans le cadre de la Journée mondiale de la santé mentale, célébrée le 10 octobre chaque année. Pour assurer la participation de toutes les unités de l'autonomie locale dans la campagne et pour assurer sa cohérence et renforcer le message du projet, le 20 juin 2012, une réunion a eu lieu au Ministère de la santé, avec les maréchaux de toutes les voïvodies, au cours de laquelle les objectifs de la campagne ont été présentés et les coûts de sa préparation au niveau des gouvernements locaux, ainsi que des informations sur la gamme de soutien attribuable par le Ministère de la santé.

Le but du « Programme de soins de santé mentale pour les années 2009-2013 » est d'assurer l'application harmonieuse des décisions juridictionnelles sur l'application d'une mesure préventive, en élargissant l'accès au traitement spécialisé des personnes ayant des troubles psychiatriques, des criminels avec des préférences sexuelles anormales, des auteurs d'infractions contre la liberté sexuelle et des dépendants de substances psycho-actives pour lesquelles les dispositions sur la mesure préventive d'isolation ont été émises. Comme ces personnes ont été renvoyées à un traitement adéquat suite à un jugement de la cour, émis suite à un acte illicite commis, elles exigent des conditions particulières de traitement dans les services psychiatriques et cliniques de soins ambulatoires, adaptés et équipés d'une façon appropriée.

En 2009, 33 lits de psychiatrie judiciaire ont été adaptés aux conditions de l'exécution de la mesure préventive dans des conditions de sécurité accrue. En 2010, 40 places de la psychiatrie judiciaire ont été adaptées aux conditions l'exécution de la mesure préventive dans des conditions de sécurité accrue, 70 places dans les conditions de sécurité de base, 50 places dans des établissements fermés avec sécurité soutenue, pour les auteurs de crimes contre la liberté sexuelle et 4 dispensaires ont été créés pour les auteurs des infractions contre la liberté sexuelle. En 2011, 132 places ont été adaptées pour les auteurs de crimes dans des établissements fermés avec un degré de sécurité de base et un dispensaire a été créé pour les auteurs des infractions contre la liberté sexuelle.

Ces mesures contribueront à réduire le risque de récurrence des infractions.

L'objectif du Programme pluriannuel pour la période 2011-2020 « Programme pour le développement de la médecine de transplantation » est d'augmenter le nombre de transplantation des cellules, des tissus et des organes. Activités principales:

- développement des registres de donneurs de moelle osseuse, y compris le registre central de donateurs de la moelle osseuse potentiels, sans lien génétique - financement d'un plus grand nombre de recherche sur les donateurs potentiels,
- développer les registres de transplantation statulaires – le système électronique comprenant le Registre des donneurs vivants, le Registre national des greffes, la Liste nationale des personnes en attente de greffe, et le système de coordination de transplantation,
- préparation des greffes biostatiques,
- culture cellulaire (cellules, cartilage, peau),
- formation des personnes exerçant des activités liées à l'approvisionnement, les essais, le traitement, le stockage et la transplantation de cellules, tissus ou organes en des unités du système de protection de la santé liées à la transplantologie et les formations pour les coordonnateurs de transplantation,
- financement des méthodes novatrices de greffe de cellules, tissus et organes (intestins, membres supérieurs),
- financement d'activités des coordonnateurs, l'approvisionnement et la greffes de cellules, de tissus et d'organes et les formations pour de nouveaux coordonnateurs,
- entretien des banques publiques du sang de cordon ombilical,
- mesures promotionnelles et de sensibilisation mis en œuvre pour parvenir à une plus grande acceptation sociale et la construction de la bonne réception sociale de la transplantation, ce qui augmentera le nombre des transplantations sur les organes de personnes décédées et les greffes de ces organes, ainsi que l'augmentation du nombre de transplantations familiales,
- ateliers psychologiques pour les personnes qui participent aux procédures de la qualification des donneurs potentiels,

- travaux d'entretien et de construction dans les banques de tissus et de cellules, les centres de transplantation et les laboratoires de diagnostic médicales qui testent des cellules, des tissus ou des organes,
- achats d'équipement hautement spécialisé et des appareils certifiés pour les centres de transplantation, les banques de tissus et de cellules, et les laboratoires de diagnostic médicales qui testent des cellules, des tissus ou des organes.

Dans le cadre du programme en 2011 on a commencé:

- la modernisation des 15 centres de transplantation et de 7 banques de tissus et de cellules
- l'achat de l'équipement hautement spécialisé pour 33 centres de transplantation et 19 banques de tissu.

Grâce à la mise en œuvre du programme le nombre d'organes provenant de donateurs décédés par 1 million d'habitants a augmenté en 2008 de 29 à 37,1 en 2011. Le nombre de donneurs de moelle osseuse potentiels recrutés par des fonds publics a aussi augmenté. En 2011, 24.568 donneurs éventuels ont été testés et 5.785 personnes en 2008. Le nombre de prélèvements de la moelle osseuse et de cellules hématopoïétiques du sang périphérique a augmenté dans les registres polonais – 19 transplantations en 2008, 38 transplantations en 2009, 94 transplantations en 2010 et 134 transplantations en 2011.

Le fonctionnement des coordonnateurs du prélèvement et de la transplantation des cellules, des tissus et des organes est financé dans les hôpitaux qui remplissent les conditions de prélèvement et greffage des organes. Le but est d'assurer que dans tous les hôpitaux qui remplissent les conditions pour prélever des organes de donateurs décédés, travaille au moins un coordinateur de transplantation. On prévoit qu'au cours des années 2012-2015, les coordonnateurs de transplantation travailleront dans au moins 243 hôpitaux. Les tâches des coordonnateurs comprennent, entre autres: identifier des donateurs potentiels, vérifier s'il a exprimé l'opposition au prélèvement, faire des entrevues avec la famille du défunt, la coordination du diagnostic de mort cérébrale, surveiller les recherches effectuées, avant et après le prélèvement de l'organe, organiser des équipes de prélèvement. Le développement du système de coordonnateurs de transplantation devrait se traduire par un nombre plus grand des organes prélevés et transplantés.

Le programme « Traitement aux antirétroviraux des personnes vivant avec le VIH en Pologne » vise à limiter les effets de l'épidémie de VIH/sida, par le biais de la fourniture de traitements antirétroviraux et la surveillance de son efficacité chez les patients infectés par le VIH et souffrant du sida. Cela a pour but de réduire la mortalité et la morbidité dues au sida et de réduire leur pouvoir infectieux pour les populations saines en Pologne.

Le programme de l'ARV couvre toutes les personnes infectées par le VIH et souffrant du sida qui répondent aux critères médicaux, qui peuvent être couvertes par le programme sans préjudice aux dispositions légales, y compris les femmes enceintes infectées par le VIH et les nouveaux nés de mères infectées par le VIH et aussi celles ayant le droit à un traitement conformément à la loi relative aux prestations de soins de santé financées par des fonds publics.

Pour des étrangers d'en dehors de l'EEE et la Suisse, la possibilité de demander un traitement antirétroviral est disponible aux:

- personnes se trouvant sur le territoire de la Pologne sur la base d'un visa pour travailler, une autorisation de séjour, un permis d'autorisation, un permis d'établissement, un permis de séjour de résident de longue durée CE ou une autorisation de séjour toléré,
- personnes qui ont obtenu le statut de réfugié en Pologne ou la protection complémentaire ou bénéficiant de la protection temporaire ainsi que les membres de leur famille résidant sur le territoire de la République de Pologne,

- personnes qui résident légalement sur le territoire d'un État membre de l'Union européenne ou un État membre de l'AELE - Accord européen de libre-échange (Norvège, Suisse, Liechtenstein et Islande) et les membres de leur famille,

si elles sont requises d'avoir une assurance-santé ou s'assurent volontairement au Fonds national pour la santé, sur la base d'une demande écrite et à condition d'avoir un lieu de résidence sur le territoire de la République de Pologne.

Parmi les étrangers d'en dehors de l'EEE et la Suisse, la possibilité de demander le traitement ARV est disponible pour:

- les étudiants et les participants des études doctorales et les diplômés qui font un stage obligatoire,
- les membres des ordres religieux et le clergé des séminaires religieux et théologiques, les novices, les prêtres, et les cadets des ordres religieux et leurs homologues résidant sur le territoire de la République de Pologne sur la base d'un visa, un permis de séjour, un permis d'établissement, un permis de séjour de résident de longue durée CE, une autorisation de séjour toléré, ou aux personnes qui ont obtenu le statut de réfugié en Pologne ou celles en protection complémentaire ou celles qui bénéficient d'une protection temporaire sur son territoire,
- les personnes en stage d'adaptation,
- les personnes participant à des cours de langue polonaise et les cours préparatoires à l'étude en polonais,

à condition qu'elles s'assurent volontairement.

En dehors du traitement ARV des personnes infectées par le VIH et malades du sida, le programme comprend les procédures après l'exposition à l'infection par le VIH après les expositions non-professionnelles.

Activités principales:

- achat de médicaments antirétroviraux, des tests de diagnostic et des vaccins pour les enfants nés de mères infectées par le VIH,
- maintien du système de gestion des médicaments ARV - une base de données électronique,
- l'envoi de médicaments et la redistribution.

Les effets suivants ont été atteints jusqu'à présent:

- Tous les patients atteints du VIH et du sida, nécessitant un traitement antirétroviral sur base des indications cliniques et médicales ont l'accès à un système unifié de soins médicaux et une thérapie moderne HAART (suivant des recommandations de la Société polonaise pour la recherche sur le sida).
- Grâce au système national de distribution et la redistribution, aucun des médicaments antirétroviraux achetés dans le cadre du programme n'est périmé.
- Tous les patients couverts par un programme de traitement antirétroviral auront l'accès permanent (la continuité de l'approvisionnement en médicaments) à tous les médicaments ARV utilisés dans la thérapie HAART.
- La mortalité et l'incidence des maladies opportunistes diminue, y compris des cancers.
- Les patients sont plus rarement atteints des infections opportunistes, et, en conséquence, ne nécessitent pas de traitements médicaux coûteux de ces infections et ne génèrent pas de frais supplémentaires d'hospitalisation. Actuellement, 1% des patients sont périodiquement hospitalisés et 99% des patients suivent le traitement ambulatoire.
- La diminution de l'infectivité du VIH - l'infectivité des patients sous traitement ARV est actuellement 0,37 par 100 année-personnes, contre 2,24 personnes qui n'ont pas commencé le traitement (réduction des infections est de 92%).

- La thérapie HARRT contribue à l'amélioration de la qualité de vie des patients, en leur donnant la possibilité de continuer à apprendre, et de retour au travail. Elle affecte également l'extension de la vie des patients, même jusqu'à l'âge de 70 ans.
- La prévention des infections verticales par le VIH (administration de médicaments antirétroviraux à la mère et au nouveau-né) a entraîné une réduction du pourcentage des infections dans le groupe de nouveau-nés, de 23% avant 1989 à moins de 1,0% des infections chez les nouveau-nés couverts par la prévention en 2011.
- Grâce à l'utilisation de médicaments ARV dans les procédures après l'exposition, jusqu'à 2012, aucun cas d'infection par le VIH n'a été enregistré chez les personnes couvertes par cette prévention après une exposition professionnelle ou non-professionnelle-suite à un accident.

Le « Programme national pour le traitement de l'hémophilie » visait à assurer la continuité du traitement à domicile de tous les patients atteints d'hémophilie sévère A et B (traitement à domicile – le concentré à la maison du patient) et la mise en œuvre de la prévention primaire des saignements intra-articulaires chez les enfants atteints de l'hémophilie. Activités principales:

- achat des facteurs de la coagulation,
- surveillance par l'Institut d'hématologie et de la médecine de transfusion de la disponibilité des facteurs de coagulation.

Grâce au traitement à domicile, il est possible de réduire considérablement le nombre d'admissions à l'hôpital des personnes atteintes de l'hémophilie, et donc de réduire le coût global du traitement. L'introduction de la prévention primaire des saignements intra-articulaires chez les enfants réduira le pourcentage de patients qui, en raison de l'invalidité de l'appareil locomoteur ne peuvent pas travailler et commencent à recevoir une pension d'invalidité plus tôt.

L'exécution des tâches consistant à l'achat des concentrés de facteurs de coagulation est poursuivie en 2012, et l'achat de desmopressine a commencé. Des formations du personnel médical seront menées pour le diagnostic de l'hémophilie et des hémogénies connexes, la reconnaissance et traitement des complications, les principes de la réadaptation des patients.

Le programme « L'autonomie de la République de Pologne, en termes de sang, composantes du sang et les produits sanguins » vise à assurer l'autonomie dans l'approvisionnement en sang sûr à la République de Pologne, ainsi qu'en ses composants et les produits sanguins grâce à l'utilisation optimale des capacités des unités organisationnelles des services publics de sang et de donateurs de sang volontaires.

Dans le cadre du programme, des activités sont prises qui visent à promouvoir le don de sang volontaire, en effectuant l'action de promotion synchronisée de don de sang volontaire - achat de points de collecte de sang mobiles (4 par an) et équipement des unités de services public de sang dans l'appareil pour la réduction des agents pathogènes, formation du personnel médical sur la gestion du sang et de ces composants, ainsi que des produits sanguins. Ces dernières années, le nombre de donations de sang et de ses composants est passé de 991.454 en 2007 à 1.144.753 en 2011.

Le « Programme de dépistage néonatal en Pologne » vise la réduction de la mortalité néonatale, infantile et des enfants en raison d'anomalies du métabolisme et la prévention de la l'invalidité grave et durable, le diagnostic précoce des maladies innées et la mise en œuvre précoce des procédures de prévention et de cure. Le dépistage de l'hypothyroïdie, de la mucoviscidose, de la phénylcétonurie est effectué, couvrant tous les nourrissons en Pologne,

ainsi que le dépistage des défauts du métabolisme, lancés en 2010 (tous les nourrissons seront couverts en 2014). Le matériel de diagnostic est acheté (des tests et des réactifs pour les tests). En 2011, le dépistage a été effectué pour l'hypothyroïdie, chez 376.000 nourrissons, de nouveaux examens basés sur le deuxième échantillon de sang ont été effectués chez 594 enfants, et 149 enfants ont été envoyés à des centres d'endocrinologie. Les tests pour le dépistage de la phénylcétonurie ont été effectués chez 414.500 nourrissons, y compris 15.561 de tests dans le cadre de la surveillance du traitement, de nouveaux examens basés sur le deuxième échantillon de sang chez 1.637 enfants. 149 enfants ont été envoyés à des centres et cliniques spécialisés. 402.200 nourrissons ont été examinés pour la mucoviscidose. La concentration élevée de l'IRT a été trouvée chez 2.336 nourrissons et des examens moléculaires ont été faits pour la présence d'une mutation chez 30.752 nourrissons. Dans le cadre de la phase II du dépistage de la mucoviscidose, 144 nourrissons ont été envoyés à des tests génétiques. Le dépistage des anomalies métaboliques rares (MS/MS) a été effectué chez 162.300 nouveau-nés.

Le « Programme de diagnostic complet et de thérapie intra-utérine dans la prévention des complications et séquelles des malformations et maladies du fœtus comme un élément de l'amélioration de la santé foetale et néonatale » implique l'introduction de nouvelles méthodes de thérapie foetale in utero, en utilisant les derniers équipements de dépistage. Activités principales:

- diagnostic et thérapie intra-utérine afin de réduire le nombre de complications et de conséquences de malformations et des maladies foetales, y compris l'échographie constituant le critère d'admissibilité pour le traitement, l'échocardiographie foetale et les traitements intra-utérins pour le fœtus,
- achat de matériel médical,
- achat de l'appareil hautement spécialisé et l'appareil médical nécessaire pour l'exécution du programme.

En 2009, 102 traitements ont été effectués, 120 en 2010 et 135 en 2011. En 2012, 132 traitements intra-utérins pour le fœtus seront effectués.

Le « Programme national pour la protection des antibiotiques en Pologne » vise la mise en œuvre d'un système complet de prévention de perte de l'efficacité des antibiotiques dans le traitement des infections et des maladies transmissibles à la suite de la génération et la propagation de la résistance aux médicaments de micro-organismes. La mise en œuvre des tâches permet une réduction de l'utilisation abusive des antibiotiques dans la médecine et des domaines non-médicaux, en freinant ainsi l'augmentation de la résistance aux médicaments. Les connaissances sur les menaces du côté des agents pathogènes résistants à beaucoup de facteurs sont mises à jour et les activités sont prises afin de mettre en œuvre les principes de la thérapie antibiotique rationnelle. Les activités éducatives sont menées sur l'application des antibiotiques pour la société.

Jusqu'à présent, les mesures suivantes ont été prises:

- activités de formation approfondie à l'égard des principes de la thérapie antibiotique rationnelle, adressées aux médecins travaillant dans les hôpitaux et les médecins de soins primaires,
- promotion chez les médecins de famille, les pédiatres et les médecins des autres spécialités, des méthodes diagnostiques rapides dans les cabinets, des activités d'éducation concernant les méthodes d'évaluation de la probabilité de l'étiologie virale par rapport à l'étiologie bactérienne, particulièrement les *S. pyogenes* dans l'angine selon l'échelle de Centor/McIssac,

- premiers ateliers de formation pilote en Pologne concernant les principes de la thérapie antibiotique rationnelle dans certains voïvodies. Entre 2006 et 2010 ils ont été organisés en Opolskie (2007-2008 – 174 médecins ont été formés), Warmińsko-mazurskie (2009 – plus de 150 médecins), Śląskie (2010 – plus de 80 médecins) et Lubelskie (2011 – 173 médecins). Les thèmes des ateliers comprenaient notamment les principes de la thérapie antibiotique rationnelle, des méthodes de traitement et de diagnostic des infections survenant plus fréquemment à l'extérieur de l'hôpital, y compris les infections des voies respiratoires et les infections dans l'appareil digestif. Les règles ont été présentées pour l'application de l'échelle de Centor/McIssac pour différencier les infections bactériennes et virales de la gorge et les formations ont été organisées sur la méthodologie d'utiliser le test de diagnostic rapide pour déterminer l'étiologie de la pharyngite streptococcique (*Streptococcus pyogenes*),
- ateliers sur les infections de l'appareil digestif ont été menés - 356 médecins ont été formés,
- préparation de matériel pédagogique, conformément aux directives du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies pour l'année 2011 (*European Centre for Diseases Prevention and Control*) – des affiches, des brochures adressées au public et aux professionnels, la diffusion des publications dans les organismes médicaux et des établissements d'enseignement,
- surveillance de la consommation d'antibiotiques à l'extérieur des hôpitaux. La consommation de médicaments antibactériens en Pologne dans les traitements ambulatoires en 2010 a été réduite de 10,6% par rapport à 2009. Malgré la réduction observée de la consommation, elle reste relativement élevée par rapport à de nombreux pays de l'UE,
- préparation du matériel d'information pour la radio et la télévision – les spots de 10 et 30 secondes ont été diffusés sur TVP 1, TVP INFO et TV POLONIA en novembre 2011, un dossier d'information a été mis au point pour la presse, qui a été placé sur le site Web du Programme national pour la protection des antibiotiques,
- recommandations pour le diagnostic et la prévention des infections du système nerveux central ont été développées. Les recommandations ont été imprimées en 10.000 exemplaires et distribuées parmi les pédiatres, les spécialistes des maladies contagieuses, les médecins de famille, les médecins de thérapie intensive, les employés de l'inspection sanitaire et les microbiologistes,
- préparation des définitions épidémiologiques, des caractéristiques des micro-organismes, les infections produites par eux, des mécanismes de leur résistance, et des méthodes pour leur détection,

Le programme « Surveillance des infections en milieu hospitalier et des infections bactériennes invasives aux fins d'études épidémiologiques, thérapeutiques et prophylactiques pour la période 2009-2013 » est en cours. Son objectif est de réduire les infections en milieu hospitalier et la résistance aux antibiotiques, ainsi que le diagnostic des étiologies, des épidémiologies des infections bactériennes invasives, surtout ceux qui peuvent être évitées. L'objectif sera atteint grâce au renforcement des systèmes de surveillance des infections invasives et de la résistance aux médicaments et les infections en milieu hospitalier par l'intégration des efforts visant à améliorer la sécurité des patients.

Les activités réalisées:

- extension du réseau des hôpitaux qui participent au programme pilote,
- formation des médecins des hôpitaux pilotes sur les principes de la thérapie antibiotique rationnelle,

- introduction aux ateliers microbiologiques dans les hôpitaux de nouvelles règles européennes de détermination de la résistance aux antibiotiques - préparation et diffusion d'une brochure avec les lignes directrices conformes aux recommandations de l'EUCAST/ECDC en les rendant disponibles à tous les établissements médicaux,
- développement du programme de thérapie antibiotique rationnelle et le contrôle des infections en milieu hospitalier dans les services de la thérapie intensive,
- formations pour le personnel des services la thérapie intensive sur les principes de la prévention des infections et la thérapie antibiotique rationnelle,
- surveillance aléatoire des infections en milieu hospitalier et des thérapies antibiotiques dans le cadre du programme pilote ECDC,
- mise en place dans les ateliers microbiologiques des hôpitaux de nouvelles règles européennes pour la détermination de la résistance aux antibiotiques,
- surveillance de certains agents pathogènes de l'alerte au sein du réseau de l'ECDC/EARSS, la mise en œuvre dans les laboratoires microbiologiques des normes pour la détermination des mécanismes de résistance aux carbapénèmes, la collecte de souches bactériennes couverts par le réseau EARSS (30 hôpitaux) et les données requises par le protocole CEPCM, l'analyse des données et la transmission des rapports au CEPCM, les contrôle de la qualité dans les laboratoires du réseau,
- caractérisation phénotypique des souches invasives,
- caractérisation moléculaire des souches invasives,
- diagnostic non cultivé des infections du sang (septicémie) et du système nerveux central,
- entretien de la Collection nationale des pathogènes bactériens invasifs,
- formation dans les hôpitaux pilotes,
- formation des médecins des services de la thérapie intensive sur les principes de la thérapie antibiotique rationnelle.

Le but du « Programme national pour la prévention des maladies de civilisation » est la prévention de la surcharge pondérale et l'obésité et la prévention des maladies chroniques non-contagieuses (maladies cardiovasculaires, diabète, ostéoporose, cancer) par l'amélioration de la nutrition et l'activité physique est d'améliorer l'état de nutrition, l'alimentation, l'activité physique et le niveau de nutrition, qui sont les déterminants de base de la santé de la société.

Activités principales:

- promotion de modes de vie sains, de l'activité physique et l'éducation alimentaire, surtout chez les enfants et les jeunes,
- la mise en œuvre des principes de la bonne nutrition et l'orientation sur la nutrition dans les hôpitaux et dans les services de soins de santé primaires et spécialisés.

Activités:

- publication du matériel sur le rôle de la nutrition et l'activité physique dans le maintien de la santé: « Que manger pour être habile et en bonne santé? », « Fruits et légumes 5 fois par jour. C'est facile! », » ou « Sois physiquement actif chaque jour !» et leur distribution aux écoles primaires,
- organisation dans les écoles primaires (28 écoles de Mazowieckie) des concours sur les principes de la nutrition saine,
- préparation d'un dépliant pour les enfants et les jeunes pour la réduction de la consommation de sel,
- publication et distribution aux écoles maternelles de 3.000 copies de deux études sur la nutrition des enfants à l'âge préscolaire – « Recommandations pour les producteurs de l'alimentation sur les principes de la nutrition adéquate des enfants dans les écoles

maternelles», « Exemples de menus pour les enfants d'âge préscolaire » (petit-déjeuner, déjeuner, repas de l'après-midi),

- élaboration des cours en ligne pour les producteurs de la nutrition (ordonnateurs, diététiciens) dans les écoles maternelles,
- conférence nationale des directeurs des écoles maternelles et les producteurs de la nutrition dans les écoles maternelles en 2011 « Les principes de nutrition adéquate aux enfants des écoles maternelles ».

L'objectif principal du Programme de prévention et de traitement du diabète en Pologne pour les années 2010-2011 a été d'accroître les connaissances sur le diabète dans la société, de réduire la prévalence des facteurs de risque, la création d'une stratégie efficace pour empêcher les complications liées au traitement du diabète et d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de diabète. Dans le cadre du programme, les activités suivantes ont été effectuées:

- les activités de prévention et d'information,
- les formations sur le diabète pour infirmières et sages-femmes, leur préparant à travailler comme éducateurs en diabète,
- les formations pour les personnes atteintes de diabète, leurs familles et les représentants des professions sélectionnées.

Les activités effectuées:

- la distribution dans des écoles (primaires et collèges, publics et privés) du matériel d'information et éducatif: brochure « Renseignements généraux sur le diabète », « L'enfant souffrant de diabète à l'école », « Comment le petit Marcyś se débrouille avec le diabète », « Comment le petit Marcyś a apprivoisé le grand diabète », « Ce que vous devez savoir sur le diabète », trois films: « Contrôler le diabète, jouir de la vie », « Diabète – un guide pour les adolescents », « Diabète – un guide pour les parents »), affiches « Diabète-vous pouvez aider »,
- le transfert à toutes les cliniques de diabète pour les enfants (97 cliniques) - des « paquets de démarrage » contenant des brochures et des vidéos,
- la diffusion des émissions d'information et d'éducation d'une durée de 30 secondes sur le diabète et ses complications, adressées au grand public à la télévision (TVP1, TVP2, TVP Info, TVP Polonia, TVP Kultura, TVN7, TVN Turbo, TVN Meteo, TVN Style),
- des actions sociales de caractère préventif et éducatif, liées à la possibilité de mesurer la glycémie, l'hémoglobine glycosylée HbA1c, le poids corporel, le niveau du tissu.

L'objectif principal du programme pour l'élimination de la carence en iode en Pologne est de généraliser le savoir sur l'apport journalier recommandé d'iode, notamment dans les groupes à risque (femmes enceintes et les enfants), de fournir un apport quotidien supplémentaire d'iode (150 µg), recommandé aux femmes enceintes et celles qui allaitent, ainsi que l'évaluation et la modification éventuelle du modèle de prévention de l'iode, en raison des changements des comportements alimentaires et les recommandations afin de réduire la consommation de sel qui est le principal vecteur d'iode.

Des recherches menées dans le cadre du programme montre une réduction de la fréquence du goitre chez les enfants d'âge scolaire (1,7% en 2006, 2,06% en 2010) et une amélioration en ce qui concerne l'iodure. Malgré les recherches menées au cours des années 2006-2009 sur la réduction de l'incidence du goitre chez les enfants d'âge scolaire au-dessous du cible de 5%, les valeurs optimales de l'iodure chez les enfants d'âge scolaire au-dessous de 100 mcg/l n'ont pas été atteintes, ce qui montre également la persistance d'un léger manque d'iode dans ce groupe. En 2011 une amélioration de l'iodure a été observée: les concentrations médianes de l'iode dans les urines chez les enfants d'âge scolaire testés de la Pologne du sud-est et de l'est ont totalisé 117,6 µg/l et les concentrations de l'iode > 100 µg/l ont été trouvées chez 61,7%

des enfants. Toutefois, dans le même groupe d'enfants d'âge scolaire une augmentation à 5% de la prévalence de goitre a été constaté (selon les normes de l'OMS de 1997) – c'est-à-dire au niveau de la frontière de la reconnaissance du goitre endémique.

Des études réalisées au cours des années 2009-2010 ont montré que seulement 70% des femmes enceintes reçoivent une dose supplémentaire d'iode sous forme de préparations pharmaceutiques finies – le plus souvent en dose insuffisante. La recherche montre que chez 80% des femmes enceintes la concentration d'iode dans l'échantillon d'urine de matin a été au dessous de 150 µg/l. La valeur moyenne de l'iodure ne dépasse pas 150 µg/l. Les études effectuées en 2011 ont montré la valeur moyenne de l'iodure au niveau de 120,66 +/-86,54 µg/l, une médiane à 94,1 µg/l, inférieure à la limite de l'élimination de la carence en iode dans ce groupe à risque (150 µg/l). À 25,4% des femmes enceintes l'iodure a dépassé le plafond de la gamme optimale (soit 500 µg/l), chez 74,6% le plafond de 150 µg/l n'a pas été atteint. L'élargissement de la glande thyroïde a été trouvé chez 12% des femmes enceintes et des changements focaux dans la glande thyroïde chez 13 21% des femmes enceintes testées. En 2010, l'incidence de la thyrotropinémie néonatale (en cas de non application des désinfectants d'iode chez les mères durant la période périnatale) dépassait encore une fois la limite du diagnostic de la carence en iode dans la population (soit 3%) et elle était de 4,1%. En 2011, cet indicateur est resté à un niveau similaire et s'élevait à 3,9% pour les nourrissons nés en services gynécologique et obstétrique qui n'utilisent pas de préparatifs antiseptiques contenant de l'iode durant la période périnatale et 4,4% pour les nourrissons nés dans les services utilisant ces préparations. Des études menées chez des femmes enceintes confirment les résultats des études sur la thyrotropinémie des nouveau-nés et le manque continu d'iode chez les femmes enceintes (trop faible iodure moyenne) et indiquent le manque de supplémentation des femmes enceintes en préparations d'iode.

Les recherches menées dans le cadre du programme indiquent aussi le manque de connaissances sur les effets de la carence en iode et la nécessité d'une prophylaxie suffisante. Sur la base de sondages anonymes réalisés dans un groupe de 100 femmes enceintes, il a été conclu que plus de 50% d'entre elles n'ont jamais entendu parler de la supplémentation en iode pendant la grossesse.

L'action résultant du Programme national de prévention de la toxicomanie pour la période 2006-2010 et 2011-2016, dans le cadre du volet « Prévention »:

- renforcement des attitudes propices à la réduction de la consommation de drogues,
- réduction de la propagation de l'initiation de l'usage de stupéfiants, de substances psychotropes et de suppléments parmi les jeunes,
- réduction de la propagation de l'usage de stupéfiants, de substances psychotropes et de suppléments parmi les jeunes,
- renforcement de la qualité du système de l'action préventive.

Renforcement des attitudes propices à la réduction de la consommation de drogues dans la population générale : des campagnes nationales sont menées depuis des années. Au cours des années 2006-2011 les campagnes suivantes ont été réalisées:

- « Plus proche de soi – plus loin de drogues » construite autour de l'idée que de bonnes relations entre les parents ou les tuteurs et les enfants servent à construire des liens personnels, ce qui protège, en grande partie, contre l'usage des substances psychoactives et surtout contre la toxicomanie. L'objectif était la sensibilisation des parents et des tuteurs sur les questions liées au phénomène de la toxicomanie, l'amélioration des connaissances dans ce domaine en soulignant l'importance de la bonne communication dans la famille.
- « Regarde ton drink » - une campagne axée sur la sécurité des jeunes au cours des événements dans des clubs et des bars. Le but était d'attirer l'attention sur les risques associés aux substances qui sont ajoutées aux boissons (principalement la kétamine et le

GHB), provoquant la perte de conscience, ce qui peut rendre victime de l'infraction (viols, vols).

- « Savez-vous ce que transportez ? » est une campagne centrée sur la sécurité des citoyens polonais lors de voyages à l'étranger – on signalait aux voyageurs allant à l'étranger les menaces résultant de l'opération de groupes criminels de drogue, en encourageant à vérifier et surveiller ses bagages tout le temps.
- « Tu as consommé? Ne conduit pas ! » – la campagne avait pour but de montrer aux jeunes gens les dangers de la conduite sous l'influence de drogues, et de fournir le savoir sur l'impact des drogues sur le conducteur et d'informer aussi sur le droit relatif. Elle a été adressée aux conducteurs et passagers. C'était la première campagne en Pologne qui abordait le sujet de la conduite sous l'influence de drogues.
- « Drogues ? Pourquoi ? » – la campagne avait pour but de changer des attitudes des jeunes par le biais de la promotion de modes de vie sains et montrer comment on peut s'amuser, apprendre et travailler sans médicaments ou des drogues sur mesure. Le slogan « Drogues ? Pourquoi ? » et le slogan supplémentaire « La plupart des jeunes en Pologne n'utilise pas de drogues. Tels sont les faits », qui était un reflet des études menées auprès des jeunes, renforçait l'opinion que la non-consommation de drogues est la norme chez les adolescents.

Depuis des années des publications adressées à des personnes jeunes et adultes sont lancées, ayant pour but d'accroître les connaissances sur les effets des drogues, les conséquences de leur consommation et les mécanismes de la formation de la dépendance, ainsi que la diffusion d'informations concernant l'offre des établissements de soutien aux personnes toxicomanes. Ces dernières années, on a publié, entre autres:

- « À la recherche de la communication avec ton enfant. Plus proche de nous-mêmes – plus loin des drogues. Un guide pour les parents » - un recueil de savoir sur la bonne communication au sein de la famille dans le contexte de la prévention de la toxicomanie. C'est une source précieuse de renseignements pour chaque parent qui souhaite réduire au minimum la probabilité de consommation de drogues par son enfant et souhaite limiter les comportements à risque et prévenir les dépendances,
- « Nos enfants et les risques. Drogues sur mesure – une brûlure » (le slogan ne se traduit pas en français – « Dopalacze-Wypalacze »),
- le matériel d'information et d'éducation concernant la promotion de la santé et la prévention de la toxicomanie chez les enfants et les jeunes et ayant pour but l'adhérence aux valeurs morales et la promotion du mode de vie sain, ainsi que l'élargissement des connaissances sur la santé et les conséquences sociales liées à l'usage de drogues,
- la brochure d'information et d'éducation sur les substances psychoactives adressée aux jeunes de lycées et des étudiants, informant sur les conséquences négatives de la consommation de drogues. Elle contient des informations sur les premiers soins en cas d'empoisonnements par des substances psychoactives illégales et les questions juridiques tout en informant sur les risques de mélanger des substances différentes.

Le téléphone national de confiance « Drogue – Toxicomanie » s'adresse à ceux qui abusent de substances psychoactives, les toxicomanes et leurs proches. Les tâches des employés du téléphone comprennent la fourniture d'informations sur le système de traitement et les adresses des établissements de traitement, des informations sur les dispositions légales relatives à la toxicomanie, et surtout les conseils et le soutien psychologique. Le téléphone fonctionne tous les jours entre 16 h 00 et 21 h 00.

La clinique de toxicomanie est également un exemple de l'offre adressée à l'ensemble de la société et elle est disponible sur le site www.narkomania.org.pl. La clinique vise à prêter assistance et à fournir des informations justes aux personnes toxicomanes et co-dépendantes sur la toxicomanie, les drogues et les formes de soutien. Par le biais de nombreux articles et

publications sur le site, les parents peuvent trouver des informations sur les questions de toxicomanie, apprendre à reconnaître les symptômes de l'utilisation par les enfants de substances psychoactives, apprendre à parler avec l'enfant et apprendre où chercher de l'aide (base de données des organismes d'aide). Il y a aussi la possibilité d'obtenir des conseils précis en forme de l'aide anonyme en ligne.

Afin d'améliorer la sécurité lors de l'EURO 2012, le Bureau national de prévention de la toxicomanie – un organisme géré par le Ministre de la santé - est un partenaire dans le projet Safe Games Polska, dont l'organisateur est Safe Games, Inc. Le coordinateur de l'action en Pologne a été le Comité sur le SIDA. Le projet est basé sur une action d'information – la fourniture des informations aux fans concernant la réduction des dommages liés à la consommation de drogues et d'alcool, la prévention de la violence et la promotion de comportements sexuels plus sûrs. 20 organisations non gouvernementales ont rejoint le projet. Dans le cadre de l'action Safe Games Polska on a publié une brochure d'information en trois langues: polonais, anglais et russe. Elle comprend les contenus du suivi de la campagne « Regarde ton boisson ». La brochure contient également des informations sur les dispositions de la loi sur la possession, le décernement et le commerce des substances psychoactives, ainsi que sur la conduite des voitures sous l'influence de substances psychoactives. Les informations concernant les premiers soins en cas d'overdose ou danger à la vie liés à la consommation de substances psychoactives ont été également incluses, ainsi que des informations sur la réduction des risques de dommages à la santé. La brochure contient des téléphones d'urgence importantes. Outre le numéro de téléphone d'urgence 112, le numéro du téléphone national de confiance « Drogues - Toxicomanie » a été inclus. Les consultations sur le téléphone de confiance sont faites en polonais, anglais et russe.

La réduction de la propagation de l'initiation de l'usage de stupéfiants, de substances psychotropes et de suppléments:

- Les activités sont organisées pour limiter l'initiation à l'usage de stupéfiants, de substances psychotropes et de suppléments. Chaque année des programmes de prévention sont réalisés pour les jeunes à risque de dépendance. Des mesures pour réduire le risque de dommages parmi les usagers occasionnels de la drogue sont prises dans des lieux avec une exposition accrue aux contacts avec les stupéfiants, psychotropes et suppléments (clubs, discothèques, manifestations de masse). Les programmes de prévention sélective ont été mis en œuvre, visant à changer les attitudes de consommation de drogues et à réduire les risques liés à la consommation occasionnelle de drogues. Les mesures comprennent: l'éducation sur les risques liés à la consommation de drogues, encouragement à changer les attitudes et les comportements, des interventions, des informations sur les endroits où l'on peut recevoir de l'aide pour les consommateurs de drogues et la distribution du matériel d'information (dépliants, brochures). Les réalisateurs des programmes sont des employés spécialement formés.
- Le programme de prévention « Unplugged » est mis en œuvre. Il s'agit d'un programme de prophylaxie universelle relative à la consommation des substances psychoactives (alcool, tabac, drogues), adressé aux élèves des collèges et mis en œuvre sous la forme de 12 leçons pour les élèves et 3 réunions pour les parents. Le programme est réalisé à l'aide des manuels et des scénarios prêts: un guide pour la réalisation de ce programme, un guide pour l'enseignant, un livre d'exercices pour l'élève, et un scénario pour les réunions avec les parents.

La réduction de la propagation de l'usage de stupéfiants, de substances psychotropes et de suppléments parmi les jeunes et les enfants :

- Le programme de prévention « FreD goes net » est mis en œuvre, et celui-ci est adressé aux jeunes qui utilisent des drogues de façon occasionnelle ou nuisible. Le programme « FreD » est fondé sur la méthode d'intervention préventive courte sur la base de la

technique de thérapie de motivation. Le but est d'encourager les participants à la réflexion et l'amélioration du savoir sur la consommation de drogues, l'encouragement à l'évaluation du risque et à la responsabilité, le changement des attitudes et des comportements liés à la consommation des drogues et la familiarisation avec l'offre du système d'aide au niveau local.

- Chaque année les tâches liées à la prévention sélective sont réalisées, ainsi que celles adressées aux enfants et jeunes exposés aux facteurs de risque (individuels, familiaux, environnementaux): « les enfants des rues », les personnes mineures vulnérables au crime et la démoralisation, qui commettent des infractions, les enfants et les jeunes personnes vulnérables à l'exclusion sociale, la toxicomanie, ceux qui expérimentent avec les drogues et les usagers occasionnels. Ces objectifs comprennent la réduction des facteurs de risque environnementaux (famille, personnes de même âge) et l'amélioration du fonctionnement émotionnel et social, la résolution des crises associées aux drogues et l'évolution des comportements responsables associés aux drogues et les attitudes pro-santé. Les activités éducatives, d'intervention et psychocorrectives sont prises. Les programmes de prévention sont mis en oeuvre par les établissements opérant au niveau local – centres socio-thérapeutiques, ateliers pédagogiques, clubs de jeunes, centres de prévention sociale, points de consultation, cliniques de prévention environnementale et cliniques de la prévention et du traitement de la toxicomanie.

Afin d'améliorer la qualité du système de programmes de prévention, il fonctionne un groupe pour la recommandation des programmes de prévention et la promotion de la santé mentale. Le rôle du groupe consiste également à la diffusion de stratégies de prévention efficaces et des méthodes de construction des programmes. Les normes et hypothèses du système de recommandations ont été développées en collaboration avec l'Institut de psychiatrie et neurologie et le Centre pour le développement de l'éducation du Ministère de l'éducation nationale et dans le cadre de la mise en oeuvre du Programme national précédent.

Pour les renseignements sur le Programme national de l'alignement de l'accès à la prévention et le traitement des maladies du système cardiovasculaire pour les années 2010-2012 POLKARD et le Programme national de lutte contre le cancer pour la période 2006-2015 – voir la réponse à la question supplémentaire numéro 2.

Pour les informations sur les programmes de la santé publique - voir aussi la réponse à la question 2, article 11, paragraphe 2.

3) Les statistiques et toutes autres informations pertinentes sur les principaux indicateurs de l'état de santé, les services et le personnel de soins santé (par exemple, les données déclarées à l'OMS ou à l'Eurostat).

L'état de santé, 2010

		Sexe			Age				
		Total	hommes	femmes	16-29 ans	30-44	45-59	60-74	75 ans et plus
		pourcentage							
Auto-évaluation de sa santé	très bonne	18,0	20,4	16,0	47,1	21,0	5,0	1,0	0,6
	bonne	39,9	41,1	38,9	44,5	57,5	42,1	17,7	7,7
	moyenne (ni bonne ni mauvaise)	26,8	24,9	28,4	6,4	17,0	37,7	49,4	35,1
	mauvaise	12,6	11,2	13,8	1,7	4,0	13,4	26,1	42,4
	très mauvaise	2,7	2,3	3,1	0,4	0,4	1,8	5,8	14,2
La présence de problèmes de santé à long terme ou d'une maladie chronique	oui	33,5	29,9	36,5	9,4	16,8	38,4	64,3	78,8
	non	66,5	70,1	63,5	90,6	83,2	61,6	35,7	21,2

Décès ventilés par des causes

La cause du décès	Liste des codes de catégorie selon la Révision X	2007	2008	2009	2010
TOTAL		99,0	99,5	100,9	99,1
Maladies contagieuses ou parasitaires	A00-B99	0,6	0,7	0,7	0,7
Tumeurs malignes	C00-C97	24,4	24,4	24,5	24,3
y compris:					
cancer de la trachée, des bronches et du poumon	C33-C34	5,8	5,9	5,9	5,9
cancer du sein chez les femmes	C50	2,7	2,7	2,7	2,6
cancer du col utérin	C53	1,0	0,9	0,9	0,9
Diabète	E10-E14	1,7	1,7	1,8	1,7
Maladies de l'appareil circulatoire	I00-I99	45,0	45,4	46,6	45,6
y compris:					
hypertension	I10-I13	1,6	1,5	1,6	1,6
cardiopathie ischémique	I20-I25	12,7	12,8	12,5	12,0
y compris crise cardiaque aiguë	I21-I22	5,7	5,5	4,9	4,7
maladie des vaisseaux cérébraux	I60-I69	10,0	9,8	9,5	9,3
athérosclérose	I70	8,8	8,6	8,7	8,2
Maladies respiratoires	J00-J98	5,1	5,1	5,4	5,1
Maladies de l'appareil digestif	K00-K92	4,4	4,5	4,4	4,3
y compris fibrose et la cirrhose	K74	1,1	1,1	1,0	0,9
Maladies qui commencent au cours de la périnatalité	P00-P96	0,3	0,3	0,3	0,3
Malformations congénitales	Q00-Q99	0,3	0,3	0,3	0,3
Les symptômes, les caractéristiques de la maladie et les résultats d'examens cliniques et de laboratoires	R00-R99	6,6	6,4	6,3	6,4
Causes externes de la mort	V01-Y89	6,5	6,7	6,3	6,2
y compris:					
accidents de transport	V01-V99	1,6	1,6	1,3	1,2
suicides	X60-X84	1,4	1,5	1,7	1,7
HOMMES		109,8	109,9	110,6	108,4
y compris:					
Maladies contagieuses ou parasitaires	A00-B99	0,8	0,9	0,9	0,9
Tumeurs malignes	C00-C97	28,4	28,4	28,4	28,1
y compris:					
cancer de la trachée, des bronches et du poumon	C33-C34	9,0	9,2	8,9	8,8
Diabète	E10-E14	1,5	1,5	1,5	1,5
Maladies de l'appareil circulatoire	I00-I99	43,9	44,3	45,4	44,2
y compris:					
hypertension	I10-I13	1,4	1,3	1,4	1,4
cardiopathie ischémique	I20-I25	14,4	14,3	13,8	13,5
y compris crise cardiaque aiguë	I21-I22	7,3	7,0	6,2	6,0
maladie des vaisseaux cérébraux	I60-I69	9,0	8,9	8,6	8,3
athérosclérose	I70	6,7	6,6	6,7	6,2
Cirrhose	K74	1,4	1,5	1,4	1,3
Causes externes de la mort	V01-Y89	10,3	10,5	10,1	9,9
y compris:					
accidents de transport:	V01-V99	2,5	2,5	2,1	1,9
suicides	X60-X84	2,4	2,6	3,0	3,0
FEMMES		88,8	89,8	91,8	90,5
y compris:					
Maladies contagieuses ou parasitaires	A00-B99	0,4	0,5	0,6	0,6
Tumeurs malignes	C00-C97	20,6	20,7	20,7	20,7
y compris:					

cancer de la trachée, des bronches et du poumon	C33-C34	2,8	2,9	3,0	3,1
cancer du sein chez les femmes	C50	2,7	2,7	2,7	2,6
cancer du col utérin	C53	1,0	0,9	0,9	0,9
Diabète	E10-E14	1,8	1,9	2,0	1,9
Maladies de l'appareil circulatoire	I00-I99	46,0	46,4	47,8	46,8
y compris:					
hypertension	I10-I13	1,7	1,6	1,8	1,8
cardiopathie ischémique	I20-I25	11,1	11,5	11,3	10,6
y compris crise cardiaque aiguë	I21-I22	4,3	4,2	3,7	3,4
maladie des vaisseaux cérébraux	I60-I69	10,8	10,6	10,4	10,2
athérosclérose	I70	10,8	10,5	10,5	10,1
Cirrhose	K74	0,7	0,7	0,7	0,6
Causes externes de la mort	V01-Y89	3,0	3,1	2,9	2,7
y compris:					
accidents de transport	V01-V99	0,7	0,7	0,6	0,5
suicides	X60-X84	0,4	0,4	0,5	0,4

Décès des nourrissons et des mères

	Décès de nourrissons		Taux de mortalité maternelle (O00-O99)
	Chiffres absolus	pour 1000 naissances vivantes	Chiffres absolus
2008	2.338	5,6	19
2009	2.327	5,6	8
2010	2.057	5,0	9
2011	1.836	4,7	-

Hôpitaux généraux*

	Public/privé	2008	2009	2010
Nombre d'hôpitaux	Public	546	526	509
	Privé	186	228	286
	Total	732	754	795
Nombre de lits	Public	170.041	165.012	157.240
	Privé	13.524	18.028	23.837
	Total	183.565	183.040	181.077
Nombre de lits pour 10 000. habitants	Total	48,1	48,0	47,4
Taux d'utilisation de lits (%)	Total	70,3	69,7	68,1
Le séjour de patient moyen (en jours)	Total	5,9	5,8	5,7
Traitement au cours de l'année	Public	7.342.815	7.249.283	6.920.684
	Privé	614.435	781.669	990.879
	Total	7.957.250	8.030.952	7.911.563

*Sont exclus les hôpitaux pour lesquels l'organe créateur est le Ministre de la Défense Nationale ou le Ministre de l'Intérieur

Personnel travaillant dans les établissements de protection de la santé,
taux pour 10,000 habitants

	2008	2009	2010
Les médecins	20,5	20,7	20,08
Médecins dentistes	3,3	3,1	3,2
Pharmaciens	0,4	0,4	0,4
Infirmières	48,0	48,8	48,4
Sages-femmes	5,7	5,8	5,8

Personnel travaillant dans les établissements de protection de la santé

	2008	2009	2010
Les médecins	78.086	79.015	79.337
Médecins dentistes	12.765	11.855	12.326
Pharmaciens	1.672	1.694	1.669
Infirmières	183.049	186.255	184.944
Sages-femmes	21.808	21.999	22.193

Personnel médical ayant le droit d'exercer la profession,
taux pour 10,000 habitants

	2008	2009	2010
Médecins	34,5	34,8	35,2
Médecins dentistes	9,5	9,7	9,8
Pharmaciens	7,1	7,2	7,4
Infirmières	72,1	72,9	73,9
Sages-femmes	8,8	8,9	9,0

Les données sur les hôpitaux et le personnel médical ne comprennent pas les unités pour lesquelles l'organe créateur est le Ministre de la Défense Nationale ou le Ministre de l'Intérieur.

Questions additionnelles

1/ Les progrès dans le prolongement de la durée de vie, dans la période couverte par le rapport.

	La durée moyenne de vie	
	Hommes	Femmes
2008	71,3	80,0
2009	71,5	80,1
2010	72,1	80,6
2011	72,4	80,9

2/ Les effets des actions afin de réduire la mortalité causée par les maladies cardiovasculaires et le cancer (données statistiques pour la période couverte par le rapport).

L'objet du Programme national de l'alignement de la disponibilité pour la prévention et le traitement des maladies du système cardiovasculaire pour les années 2010-2012 POLKARD

est de réduire la mortalité due aux maladies du système cardiovasculaires en Pologne grâce à l'utilisation des méthodes diagnostiques et thérapeutiques modernes et efficaces et en alignant les disparités dans l'accès aux prestations de santé hautement spécialisées en cardiologie, cardiologie pédiatrique, la chirurgie cardiaque et en neurologie.

Pendant la période couverte par le rapport on a réalisé:

- des achats d'équipement spécialisé pour les unités impliquées dans le diagnostic et le traitement des maladies cardiovasculaires,
- des activités éducatives visant à accroître la sensibilisation du public à l'importance de habitudes de vie saines.

La cardiologie et l'angiologie d'intervention - achat de l'équipement pour 4 salles de traitement hybrides, compte tenu du nombre croissant de traitements hybrides menés conjointement par les chirurgiens vasculaires et les angiologues.

L'insuffisance cardiaque – achat de l'appareil de moyenne et haute gamme pour l'échocardiographie pour les stations de voïvodie et de powiat – il y a eu une augmentation de l'accès à des méthodes de diagnostic spécialisées, indépendamment du lieu de résidence du patient et une réduction du temps d'attente aux examens.

La chirurgie cardiaque – remplacement de l'équipement et la modernisation des salles d'opération en appareil dans tous les centres de cardiochirurgie dans le pays, la modernisation de l'équipement pour les services de thérapie intensive postopératoire – élargissement de l'accès aux procédures cardiologiques hautement spécialisées.

La chirurgie cardiaque d'enfants – achat de l'équipement pour les stations de thérapie intensive pour 10 centres de chirurgie cardiaque pour les enfants.

La cardiologie pédiatrique – l'alignement d'accès aux procédures cardiologiques hautement spécialisées à travers la modernisation ou l'achat de l'équipement supplémentaire dans les centres de cardiologie pédiatrique – achat de l'appareil pour l'échocardiographie de moyenne et haute gamme pour les centres de cardiologie pédiatrique.

La neurologie – la création des réseaux de sub-services pour les accidents vasculaires cérébraux et des réseaux de services de réadaptation pour les patients après les accidents vasculaires cérébraux. L'équipement de 29 sub-services a été enrichi. L'équipement moderne de 17 services de réadaptation fournissant la réadaptation complète après les accidents vasculaires cérébraux.

L'hypertension – achat des enregistreurs (actifs 24 heures sur 24) pour mesurer la tension artérielle et des appareils à ultrasons avec la possibilité d'effectuer des examens de Doppler des artères intracérébrales et rénales pour le diagnostic de l'hypertension et l'achat d'appareil de diagnostic de l'apnée du sommeil.

La réadaptation cardiologique – l'achat d'équipement pour les services de réadaptation cardiologique.

L'électrothérapie – l'achat de l'équipement pour les ateliers d'électrophysiologie.

La chirurgie vasculaire – l'équipement spécialisé supplémentaire pour les unités qui permet l'introduction de méthodes diagnostiques et thérapeutiques efficaces et modernes.

La prévention et la promotion – la promotion des connaissances sur les maladies cardiovasculaires et les attitudes pro-santé, la diffusion des connaissances sur les facteurs et le mode de vie, qui ont un lien avec l'incidence des maladies du système cardiovasculaire, les activités d'apprentissage visant à éliminer les facteurs de risque liés au tabagisme, l'abus d'alcool, la mauvaise alimentation et le manque d'activité physique, la sensibilisation à la nécessité d'effectuer des tests réguliers du système cardiovasculaire.

En 2010, il y a eu une campagne sociale nationale sous le slogan « I love♥ Aime ton cœur. Pour la santé! ». Des conférences de presse ont été organisées pour promouvoir les modes de vie sains et des conférences inaugurales pour la campagne nationale « I love ♥ Aime ton cœur. Pour la santé! ». Les spots télévisés « Sois raisonnable », « Sois actif » ou « Donne

l'exemple» et « Change ton mode» ont été réalisés pour promouvoir des habitudes pro-santé. Les programmes radio ont été diffusés, avec la participation des experts médicaux et les ambassadeurs des activités. 2 publicités de radio « Le coeur ne peut être contraint».

Index des décès attribuables à des maladies cardiovasculaires (100.000 habitants)

Groupe d'âge	Femmes	Hommes
2008		
0-19 ans	1,2	1,8
20-44 ans	8,8	31,6
45 -64 ans	125,8	428,2
65 ans et plus	2.627,6	2.998,6
2009		
0-19 ans	1,2	1,8
20 -44 ans	8,6	30,8
45 -64 ans	128,0	432,7
65 ans et plus	2.705,4	3.080,6
2010		
0-19 ans	1,4	1,8
20 -44 ans	8,2	29,7
45 -64 ans	121,2	419,3
65 ans et plus	2.645,1	2.983,5

Les principaux objectifs du Programme national de lutte contre le cancer pour la période 2006-2015 sont:

- l'inhibition de la croissance de la morbidité du cancer,
- la réalisation des indicateurs européens moyens pour la détection précoce du cancer.

Dans le cadre du programme, les activités suivantes sont mises en oeuvre:

- le développement de la prévention primaire des tumeurs maligne, y compris notamment celles dépendantes du tabagisme et de la mauvaise nutrition,
- la mise en œuvre des programmes pour la détection précoce du cancer, notamment du col utérin, du sein, du cancer colorectal et certains cancers chez les enfants,
- l'augmentation de l'accès aux méthodes du diagnostic précoce et de la mise en œuvre de procédures visant à assurer la qualité du diagnostic et du traitement des tumeurs,
- l'augmentation du nombre des appareils et remplacement des appareils exploités pour la radiothérapie et le diagnostic de cancer,
- la mise en œuvre de programmes éducatifs pour les médecins et les étudiants en médecine,
- l'amélioration du fonctionnement du système de collecte de données sur la progression du cancer,
- la diffusion des connaissances dans la société sur la prévention, le diagnostic précoce et le traitement du cancer.

Dans le cadre des programmes de prévention et de détection précoce du cancer, les programmes suivants ont été mis en œuvre:

- prévention du cancer primaire, dont le but est la vulgarisation des attitudes pro-santé, par le biais de la diffusion du Code européen de la lutte contre le cancer, l'organisation de campagnes médiatiques, éducatives et d'intervention,
- programmes de dépistage, dont le but est de réduire la morbidité et d'améliorer la détection du cancer du col utérin, et la détection précoce du cancer du sein.

L'objectif du programme de prévention et de détection précoce du cancer du col utérin est de assurer des tests cytologiques aux femmes âgées de 25-59 ans, effectués une fois tous les 3 ans. Au cours des années 2008-2011, les tests ont été mis en place pour respectivement, 24,3%, 26,8%, 27%, et 24,4% de femmes (en 2006 - 12,7%).

L'objectif du programme de la détection précoce du cancer du sein est de mettre en place le dépistage par mammographie pour les femmes du groupe d'âge à plus grand risque, c'est à dire 50-69 ans, effectués une fois tous les 2 ans. Au cours des années 2008-2011, les tests ont été mis en place pour respectivement, 30,78%, 36,39%, 40,35%, 43,48% de femmes (en 2006 - 23,37%).

Le programme de dépistage pour la détection précoce du cancer colorectal a apporté une amélioration fondamentale dans le domaine de l'épidémiologie. Selon les données épidémiologiques européennes publiées en 2003 (EUROCARE 3) le pourcentage des survies de 5 ans en Pologne s'élevait à environ 26%, alors que la moyenne européenne était d'environ 49%. Les chiffres publiés en 2007 (EUROCARE 4) indiquent que le pourcentage des survies de 5 ans dans le cas du cancer colorectal en Pologne a augmenté (46%). Bien qu'une telle augmentation de l'indicateur est une de plus élevées en Europe, la mise en œuvre du programme doit être toujours poursuivie.

Le but du programme de soins pour les familles de haute risque génétique de tumeurs malignes est d'identifier le nombre possible de familles à risque élevé de cancer du sein, du cancer de l'ovaire, du cancer colorectal, du cancer des muqueuses du noyau de l'utérus, du rétinoblastome, du cancer gastrique diffus, de la maladie Hippel-Lindau (VHL) et de les couvrir par les soins visant à l'identification précoce et, dans des cas spéciaux, également à la prévention active de la morbidité de ces tumeurs. Soins étaient assurés à: 2008: 6.906 familles, 2009: 4.980, 2010-4678, 2011 – 8.896.

Des programmes sont mis en œuvre pour améliorer la qualité du diagnostic et du traitement des cancers chez les enfants. Par suite, l'efficacité du traitement des tumeurs augmente (leucémies, tumeurs solides, lymphomes du système nerveux central): la toxicité du traitement a été réduite, le nombre d'erreurs de diagnostic a diminué, la précision de classification des patients au traitement a été améliorée. Le nombre de cas de rétablissements complets a augmenté. Il y a eu une augmentation du nombre d'achats de prothèses pour les enfants atteints du cancer aux os (2006 – 22 prothèses, en 2011 - 42 prothèses).

Les achats dans le cadre du Programme national de lutte contre le cancer au cours des années 2008-2011:

- appareil médical pour la radiothérapie oncologique, y compris les accélérateurs à faible est grande consommation d'énergie, les simulateurs radiothérapeutiques, les tomomodensitomètres, les systèmes de planification du traitement, les appareils pour la curiethérapie, des suppléments aux équipements existants,
- appareil de diagnostic pour la détection précoce du cancer,
- appareil pour la tomographie par émission des positrons,
- équipement pour les services de soins palliatifs (pompes à perfusion, concentrateurs d'oxygène, bouteilles d'oxygène avec les régulateurs, oxymètres de pouls, respirateurs),
- équipements visant à améliorer le traitement par chirurgie et du cancer du poumon associé (lasers, vidéo-mediastinoscopes, ultrasonographie transoesophagienne et transbronchique, respirateurs bronchoscopes, broncho-fiberscopes, oxymètres de pouls, pompes à perfusion, radiographie)
- appareil et équipement médical pour le traitement spécialisé de leucémies aiguës chez les adultes.

Grâce à la mise en oeuvre du programme il y a eu une amélioration radicale de l'équipement en appareil radiothérapeutique pour le traitement des maladies oncologiques - un saut qualitatif pour la radiothérapie. La disponibilité de cette méthode de traitement a augmenté de façon significative, par rapport à 2005, le nombre de patients traités par la radiation est passé

de 40 000 à près de 76.000. Le temps d'attente des patients au traitement est plus court (de 8 - 10 semaines à 4-5 semaines). En grande partie, des différences régionales dans l'accès à la radiothérapie moderne ont été alignées. Il y a eu aussi une augmentation du nombre de systèmes de planification de traitement – de 66 à 108, et les stations équipées de ce système de 126 à 310. Le plus modernes, souvent uniques à l'échelle européenne et même mondiale, nouvelles méthodes de radiothérapie ont été introduites: radiothérapie stéréotaxique à l'aide des accélérateurs dédiés (micro MLC), tomoradiothérapie.

Afin d'accroître la disponibilité de méthodes modernes du diagnostic précoce des tumeurs, un réseau des centres PET existe depuis 2006. Actuellement, il y a six de ces centres, 3 équipé de cyclotrons et scanners PET- CT et 3 équipés de scanners PET-CT. Les activités sont en cours afin de commencer la production du radiopharmaceutique FDG. La nécessité de l'importer à l'étranger sera éliminée, ce qui réduit le coût du diagnostic en Pologne.

Dans le cadre des achats successifs de l'équipement et du diagnostic du cancer de poumon appareil de diagnostic a été acheté, ainsi que l'équipement pour les salles d'opération des salles de surveillance intensive après opération.

L'objectif de l'amélioration du diagnostic et du traitement des leucémies chez les adultes est d'améliorer le système de diagnostic et de traitement du cancer du système hématopoïétique et de la lymph, ce qui le rendra conforme aux recommandations de l'Union européenne, et permettra une coopération dans le cadre de programmes internationaux de traitement des leucémies et lymphomes malins. Les ateliers et méthodes diagnostiques ont été modernisés. Cela a été combiné à leur normalisation et l'achat de l'appareil complémentaire. Une base de données de patients traités et des résultats du traitement a été créée. Les systèmes des prévisions ont été développés.

Action dans le domaine de l'éducation:

- la modification et la mise en œuvre du programme d'enseignement d'oncologie dans les universités médicales – facultés médicales et infirmières,
- la formation des médecins de famille et médecins des soins de santé primaires – un minimum oncologique d'au moins 1 jour,
- la formation des médecins dans le domaine de la chirurgie générale sur le diagnostic des cancers et les procédures thérapeutiques tumeurs et des soins pour les malades après traitement oncologique.

Index des décès dus à des tumeurs malignes, par 100.000 habitants

Groupe d'âge	Femmes	Hommes
2008		
0-19 ans	2,4	4,1
20 -44 ans	17,4	16,9
45 -64 ans	242,1	371,1
65 ans et plus	830,6	1.679,5
2009		
0-19 ans	2,4	3,3
20 -44 ans	18,2	17,8
45 -64 ans	245,1	373,6
65 ans et plus	818,4	1.668,1
2010		
0-19 ans	2,5	3,5
20 -44 ans	16,9	16,4
45 -64 ans	245,0	372,7
65 ans et plus	810,1	1.627,7

Les effets des activités de prévention n'apparaissent qu'après plusieurs années. Le fait de recueillir des informations sur les indicateurs tels que le taux de la survie de 5 ans entraîne

déjà la nécessité de l'observation, pendant au moins 6-7 ans depuis le début de la mise en œuvre du programme. Autres paramètres épidémiologiques sont visibles avec plusieurs années de retard. Ainsi la condition fondamentale pour l'amélioration épidémiologique est la stabilité des opérations, la conséquence dans leur mise en œuvre et la possibilité de suivi.

3/ Les causes de la croissance de la mortalité maternelle (selon les données de l'OMS – en 2002 – 5,4 par 100 000 naissances vivantes, en 2005 - 8). Les données pour la période couverte par le présent rapport.

Les statistiques sur les décès et le taux de mortalité en Pologne ne confirment pas la croissance soutenue de la mortalité des mères. Les données indiquent que, à la suite de la grossesse, de l'accouchement ou du post-partum (codes O00-O99 selon la CIM-X) les chiffres relatifs aux décès sont les suivantes:

- en 2007, 11 femmes - le nombre de naissances vivantes - 388.000, le ratio de mortalité maternelle par 100 000 vivants - 2,8,
- en 2008, 19 femmes - le nombre de naissances vivantes - 415.000, le ratio de mortalité maternelle par 100 000 vivants - 4,6,
- en 2009, 9 femmes - le nombre de naissances vivantes - 413.000, le ratio de mortalité maternelle par 100 000 vivants - 2,2,

accompagné de l'augmentation du nombre de naissances (de 356.000 en 2004 à 418.000 en 2011).

Les causes du plus grand nombre de décès des mères comprennent les hémorragies et les infections, la gestose et la congestion.

Ces décès constituent toujours un problème obstétrique très grave et de bons soins pendant la grossesse permettront de réduire leur nombre. Les examens prophylactiques des femmes pendant la grossesse sont destinés à minimiser de tels événements. La portée des prestations prophylactiques disponibles pour les femmes pendant la grossesse est conforme aux recommandations des sociétés scientifiques. À chaque étape des soins d'une femme pendant la grossesse et l'accouchement, le personnel médical (médecins, sages-femmes, obstétriciens) sont tenus d'identifier les facteurs de risque et d'employer les mesures adéquates aux besoins de santé des femmes.

Plus d'informations - la réponse à la question supplémentaire 2 à l'article 11, paragraphe 2.

4/ Le temps d'attente réel aux prestations médicales (selon les listes des personnes en attente aux prestations) – dans la période couverte par le rapport.

Les listes d'attente sont régies par la loi du 27 août 2004 relative aux prestations de soins de santé financées par des fonds publics et ses actes d'exécution. La loi précise les règles d'accès aux prestations et la portée des données mises sur la liste, les actes d'exécution détaillent les critères pour l'inscription sur la liste d'attente, le temps d'attente et la gestion des listes d'attente.

L'adoption de la définition du temps d'attente réel et l'introduction de l'obligation de fournir les données nécessaires à son calcul ont permis au Fonds national pour la santé d'obtenir de données fiables.

Les listes d'attente doivent être tenues de manière à assurer le respect du principe de l'accès juste, équitable, non discriminatoire et transparent aux prestations de soins de santé et conformément aux critères médicaux. Ces principes ont été établis dans le règlement du Ministre de la santé du 26 septembre 2005 relatif aux critères médicaux, que les prestataires doivent utiliser en inscrivant les bénéficiaires sur les listes d'attente pour les prestations de soins de santé.

Le règlement du Ministre de la santé du 20 juin 2008 relatif à la portée des informations nécessaires recueillies par les prestataires, et la manière détaillée d'enregistrer ces

informations et leur transmission aux personnes responsables pour le financement des prestations avec les fonds publics, détermine, entre autres, la façon de calculer les temps d'attente moyen pour la fourniture de prestations de soins de santé.

Conformément au règlement du Ministre de la santé du 13 septembre 2011 modifiant le règlement sur la portée des informations nécessaires recueillies par les prestataires, et la manière détaillée d'enregistrer ces informations et leur transmission aux personnes responsables pour le financement des prestations avec les fonds public, le champ d'application de données déclarées a été modifié. Tous les prestataires sont tenus de fournir des informations, ventilées par catégories médicales de « Cas urgent », et de « Cas stable » dans les termes suivants:

- le nombre de personnes en attente au dernier jour du mois,
- les temps moyen d'attente,
- le nombre total de personnes supprimées de la liste d'attente dans une période visée,
- le nombre total de personnes supprimées de la liste d'attente en raison de la fourniture d'une prestation dans une période visée,
- le nombre total de personnes supprimées de la liste d'attente en raison de la fourniture d'une prestation au cours des 6 derniers mois.

En outre, dans le cas de listes d'attente pour certaines prestations, les prestataires sont tenus de présenter des données suivantes:

- le nombre de personnes en attente au dernier jour du mois,
 - ID de la personne en attente,
 - nom et prénom(s),
 - date d'inscription sur la liste d'attente,
- le nombre total de personnes supprimées de la liste d'attente dans une période visée:
 - ID de la personne en attente,
 - nom et prénom(s),
 - date d'inscription sur la liste d'attente,
 - date de la suppression de la liste d'attente,
 - code de la raison de la suppression de la liste d'attente.

Temps moyen d'attente dans les unités organisationnelles offrant des prestations de type:
soins externes spécialisés, ventilés par catégories médicales, décembre 2002

Unités organisationnelles		Catégorie médicale	Moyenne de la moyenne du temps d'attente (jours) *		Médiane du temps d'attente réel moyen (jours) **	
code	nom		2008	2009	2010	2011
1000	CENTRE DE MALADIES INTERNES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	30	1	0	0
1008	CENTRE DE MALADIES MÉTABOLIQUES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	33	27	20	15
1009	CENTRE DE MALADIES MÉTABOLIQUES POUR LES ENFANTS	Cas urgent	9	6	0	0
		Cas stable	56	51	56	36
1010	CENTRE DES ALLERGIES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	21	26	27	26
1011	CENTRE DES ALLERGIES POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	23	29	35	38
1013	CENTRE DES ALLERGIES ALIMENTAIRES POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	82	43	28	41
1014	CENTRE DES ALLERGIES RESPIRATOIRES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	29	27	10	0
1015	CENTRE DES ALLERGIES RESPIRATOIRES POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	41	0	14	6
1016	CENTRE DES ALLERGIES CUTANÉES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	31	54	71	0
1017	CENTRE DES ALLERGIES CUTANÉES POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	120	0	0	0
1020	CENTRE DE DIABÈTE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	21	26	21	27
1021	CENTRE DE DIABÈTE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	6	5	0	0
1030	CENTRE D'ENDOCRINOLOGIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	47	57	62	64

1031	CENTRE D'ENDOCRINOLOGIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	41	71	70	85
1032	CENTRE D'ENDOCRINOLOGIE ET DE GYNÉCOLOGIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	39	27	10	9
1034	CENTRE D'ANDROLOGIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	9	16	28	36
1036	CENTRE DE TRAITEMENT DE L'INFERTILITÉ	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	1	12	13	12
1038	CENTRES DE MALADIES DE LA THYROÏDE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	46	51	76	124
1039	CENTRES DE MALADIES DE LA THYROÏDE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	-
		Cas stable	0	0	0	-
1040	CENTRE D'ENDOCRINOLOGIE POUR L'OSTÉOPOROSE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	69	78	97	110
1050	CENTRE DE GASTROENTEROLOGIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	33	37	35	34
1051	CENTRE DE GASTROENTEROLOGIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	26	44	53	53
1052	CENTRE DE GASTROLOGIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	41	41	53	60
1054	CENTRE DES MALADIES INTESTINALES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
1055	CENTRE DES MALADIES INTESTINALES POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	-
		Cas stable	60	0	0	-
1056	CENTRE D'ANDROLOGIE	Cas urgent	1	0	0	0
		Cas stable	29	51	35	40
1057	CENTRE HÉPATOLOGIQUE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	23	7	22	15
1060	CENTRE DE GÉRIATRIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	5	12	0	5

1070	CENTRE D'HÉMATOLOGIE	Cas urgent	1	1	0	0
		Cas stable	42	56	65	68
1071	CENTRE D'HÉMATOLOGIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	13	34	30	23
1072	CENTRE DES CANCERS DU SANG	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	77	0	0	0
1080	CENTRE D'IMMUNOLOGIE	Cas urgent	0	3	0	0
		Cas stable	25	40	48	42
1081	CENTRE D'IMMUNOLOGIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	6	0	0
		Cas stable	60	59	6	38
1100	CENTRE DE CARDIOLOGIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	39	47	52	52
1101	CENTRE DE CARDIOLOGIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	1	1	0	0
		Cas stable	36	40	49	50
1102	CENTRE DE CARDIOPATHIE CONGÉNITALE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	15	3	0	28
1103	CENTRE DE CARDIOPATHIE CONGÉNITALE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
1104	CENTRE D'HYPERTENSION	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	20	34	17	29
1120	CENTRE DE MALADIES VASCULAIRES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	30	41	62	61
1130	CENTRE DE NÉPHROLOGIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	23	29	24	24
1131	CENTRE DE NÉPHROLOGIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	1	0	0	0
		Cas stable	29	32	25	25
1140	CENTRE DE MÉDECINE NUCLÉAIRE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	3	10	7	9
1150	CENTRE DE TOXICOLOGIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	1	0	0	0

1200	CENTRE DE DERMATOLOGIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	9	11	5	8
1201	CENTRE DE DERMATOLOGIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	1	0	0	0
		Cas stable	7	15	21	14
1202	CENTRE DE VÉNÉROLOGIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	9	15	0	5
1210	CENTRE DE GÉNÉTIQUE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	29	19	0	0
1211	CENTRE DE GÉNÉTIQUE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	67	50	87	82
1220	CENTRE DE NEUROLOGIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	19	22	22	26
1221	CENTRE DE NEUROLOGIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	28	30	30	29
1222	CENTRE DU TRAITEMENT DE LA DOULEUR	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	7	11	0	8
1223	CENTRE DU TRAITEMENT DE LA DOULEUR POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
1224	CENTRE DE MALADIES VASCULAIRES DU CERVEAU	Cas urgent	0	-	-	-
		Cas stable	0	-	-	-
1226	CENTRE DE L'ÉPILEPSIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	10	13	0	1
1227	CENTRE DE L'ÉPILEPSIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	18	0	16	0
1228	CENTRE DE LA MALADIE DU PARKINSON ET DES MALADIES DU SYSTÈME EXTRAPYRAMIDAL	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	5	48	34	26
1230	CENTRE DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	18	22	10	50
1232	CENTRE DE MALADIES MUSCULAIRES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	16	12	0	94

1240	CENTRE DE L'ONCOLOGIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	9	12	6	7
1241	CENTRE DE L'ONCOLOGIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	22	16	0	5
1242	CENTRE DE CHIMIOTHÉRAPIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	2	4	0	0
1244	CENTRE DE RADIOTHÉRAPIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	2	1	0	0
1270	CENTRE DE MALADIES PULMONAIRES ET DE LA TUBERCULOSE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	11	18	9	14
1271	CENTRE DE MALADIES PULMONAIRES ET DE LA TUBERCULOSE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	5	10	3	12
1272	CENTRE DE PNEUMOLOGIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	13	16	14	15
1273	CENTRE DE PNEUMOLOGIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	28	32	21	20
1274	CENTRE DE PHTISIOLOGIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	13	12
1275	CENTRE DE PHTISIOLOGIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	45	0	0	0
1276	CENTRE DU TRAITEMENT DE LA FIBROSE KYSTIQUE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
1277	CENTRE DU TRAITEMENT DE LA FIBROSE KYSTIQUE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	2	10	7	5
1280	CENTRE DE RHUMATOLOGIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	19	22	16	20
1281	CENTRE DE RHUMATOLOGIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	14	20	16	9
1340	CENTRE DES MALADIES CONTAGIEUSES	Cas urgent	1	0	0	0
		Cas stable	19	37	11	32

1341	CENTRE DES MALADIES CONTAGIEUSES POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	17	18	9	19
1342	CENTRE DE LA PRÉVENTION ET DU TRAITEMENT (VIH/AIDS)	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
1343	CENTRE DE LA PRÉVENTION ET DU TRAITEMENT (VIH/AIDS) POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
1344	CENTRE DE L'HÉPATITE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	11	50	38	27
1345	CENTRE DE L'HÉPATITE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	-	0	0	0
		Cas stable	-	0	0	0
1346	CENTRE DE MALADIES TROPICALES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
1348	CENTRE DES ZONOSSES ET DES MALADIES PARASITAIRES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	16	16	0	34
1370	CENTRE DE LA MÉDECINE SPORTIVE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	4	6	0	0
1371	CENTRE DE LA MÉDECINE SPORTIVE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	1	0	0	30
1390	CENTRE DE TRAITEMENT DE L'OEDÈME LYMPHATIQUE	Cas urgent	0	0	0	-
		Cas stable	41	45	14	-
1401	CENTRE DE PÉDIATRIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	1	0	0
1405	CENTRE DES TROUBLES ET DES MALFORMATIONS DES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	8	6	0	0
1409	CENTRE PÉDIATRIQUE DE VACCINATIONS POUR LES ENFANTS DES GROUPES À RISQUE ÉLEVÉ	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	12	29	5
1421	CENTRE DE NÉONATOLOGIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	2	4	0	0
1450	CENTRE GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICAL	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	7	7	0	0
1452	CENTRE DE GYNÉCOLOGIE	Cas urgent	0	0	0	0

		Cas stable	4	7	0	0
1453	CENTRE DE GYNÉCOLOGIE POUR LES FILLES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	5	8	0	0
1454	CENTRE DE PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	1	0	0
1456	CENTRE DE LA MÉNOPAUSE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	4	5	0	0
1458	CENTRE DE PRÉVENTION DES MALADIES DU SEIN	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	17	22	1	12
1460	CENTRE DE GYNÉCOLOGIE ONCOLOGIQUE	Cas urgent	-	0	0	0
		Cas stable	-	0	10	8
1500	CENTRE DE CHIRURGIE GÉNÉRALE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	5	6	0	0
1501	CENTRE DE CHIRURGIE GÉNÉRALE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	4	6	0	0
1504	CENTRE DE LA CHIRURGIE DE L'APPAREIL DIGESTIF	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	3	27	12	10
1506	CENTRE DE PROCTOLOGIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	17	26	16	18
1508	CENTRE DE CHIRURGIE ENDOCRINIENNE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	72	72	38	48
1520	CENTRE DE CHIRURGIE DE LA POITRINE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	12	15	8	11
1530	CENTRE DE CHIRURGIE VASCULAIRE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	50	61	61	54
1540	CENTRE DE CHIRURGIE ONCOLOGIQUE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	14	16	8	7
1541	CENTRE DE CHIRURGIE ONCOLOGIQUE OPOUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	12	11	25	30
1550	CENTRE DE LA CHIRURGIE EST	Cas urgent	0	1	0	0

		Cas stable	16	27	19	11
1551	CENTRE DE LA CHIRURGIE ETHÉTIQUE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	22
1552	CENTRE DE CHIRURGIE DE LA MAIN	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	39	51	34	24
1560	CENTRE DE CHIRURGIE CARDIAQUE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	11	6	0	8
1561	CENTRE DE CHIRURGIE CARDIAQUE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	22	15	12	1
1570	CENTRE DE NEUROCHIRURGIE	Cas urgent	0	1	0	0
		Cas stable	34	51	62	56
1571	CENTRE DE NEUROCHIRURGIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	6	4	0	0
		Cas stable	47	31	33	54
1580	CENTRE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE-TRAUMATIQUE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	21	23	25	25
1581	CENTRE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE-TRAUMATIQUE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	19	20	24	21
1583	CENTRE DES DÉFAUTS DE POSTURE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	19	17	8	10
1584	CENTRE DE L'OSTÉOPOROSE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	29	34	30	45
1587	CENTRE DE PRELUXATION	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	18	16	19	17
1600	CENTRE DE L'OPHTHALMOLOGIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	22	28	21	28
1601	CENTRE DE L'OPHTHALMOLOGIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	17	24	26	31
1602	CENTRE DU TRAITEMENT DE LA GLAUCOME	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	24	31	25	33
1603	CENTRE DE TRAITEMENT DE LA GLAUCOME	Cas urgent	0	-	-	-

	POUR LES ENFANTS	Cas stable	0	-	-	-
1604	CENTRE DU TRAITEMENT DU STRABISME	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	13	14	0	4
1605	CENTRE DU TRAITEMENT DU STRAUBISME POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	12	0	36	0
1610	CENTRE DE L'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	7	9	4	7
1611	CENTRE DE L'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	9	15	12	13
1612	CENTRE DE L'AUDIOLOGIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	18	26	21	27
1613	CENTRE L'AUDIOLOGIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	9	0	0	0
		Cas stable	27	15	37	46
1614	CENTRE DE PHONIAITRIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	15	20	21	18
1615	CENTRE DE PHONIAITRIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	1	0	0	0
		Cas stable	27	30	0	28
1616	CENTRE DE LOGOPÉDIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	5	8	0	0
1617	CENTRE DE LOGOPÉDIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	4	5	0	6
1630	CENTRE DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	16	10	0	0
1631	CENTRE DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	9	26	12
1640	CENTRE UROLOGIQUE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	22	24	23	28
1641	CENTRE UROLOGIQUE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	2	0	0	0
		Cas stable	42	42	36	42
1650	CENTRE DE TRANSPLANTATION	Cas urgent	0	0	0	0

		Cas stable	0	0	0	0
1652	CENTRE DE TRANSPLANTATION RÉNALE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
1653	CENTRE DE TRANSPLANTATION RÉNALE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	-	0	0	0
		Cas stable	-	0	0	0
1655	CENTRE DE TRANSPLANTATION DU FOIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	-	35	0	0
		Cas stable	-	83	68	93
1656	CENTRE DE TRANSPLANTATION CARDIAQUE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
1658	CENTRE DE TRANSPLANTATION DE MOELLE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	8	5	0	0
1659	CENTRE DE TRANSPLANTATION DE MOELLE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
7210	ATELIER ULTRASON	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	17	21	11	10
7211	ATELIER ULTRASON POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	33	42	52
7270	ATELIER ANGIOGRAPHIE	Cas urgent	0	4	0	0
		Cas stable	13	31	14	7
7910	ATELIER DE L'ENDOSCOPIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	14	19	14	17
7911	ATELIER DE L'ENDOSCOPIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	1	0	0
		Cas stable	0	9	0	0

* le temps moyen d'attente prévue a été calculé sur la base d'informations sur les personnes en attente dans chaque unité organisationnelle comme une moyenne pondérée des unités individuelles, où le temps d'attente moyen a été attribué un poids sous la forme du nombre de personnes en attente.

** le temps réel d'attente moyen est la moyenne arithmétique calculée à partir des temps réels d'attente des personnes, compris comme le nombre de jours entre la date de l'inscription sur une liste d'attente et la date de la suppression de la liste d'attente en raison de la fourniture d'une prestation par un prestataire. Le temps réel moyen est calculé sur la base de données sur les personnes supprimées des listes d'attente en raison de la fourniture d'une prestation au cours des 6 derniers mois.

Temps moyen d'attente dans les unités organisationnelles offrant des prestations appartenant à la catégorie de soins hospitaliers:
ventilée par catégories médicales, décembre (chaque année)

Unités organisationnelles		Catégorie médicale	Moyenne de la moyenne du temps d'attente (jours) *		Médiane du temps d'attente réel moyen (jours) **	
code	Nom		2008	2009	2010	2011
2500	UNITÉ/EQUIPE DE LA CHIRURGIE D'UN JOUR	Cas urgent	3	0	0	0
		Cas stable	25	26	13	12
2501	UNITÉ/EQUIPE DE LA CHIRURGIE D'UN JOUR POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	22	74	30	75
4000	UNITÉ DE MÉDECINE INTERNE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	6	8	0	0
4001	UNITÉ DE MÉDECINE INTERNE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	6	0	1
4008	UNITÉ DES MALADIES MÉTABOLIQUES	Cas urgent	0	0	2	2
		Cas stable	11	16	21	28
4009	UNITÉ DE MALADIES MÉTABOLIQUES POUR LES ENFANTS	Cas urgent	30	34	0	-
		Cas stable	91	94	80	-
4010	UNITÉ DES ALLERGIES	Cas urgent	20	0	0	0
		Cas stable	29	20	14	33
4011	UNITÉ DES ALLERGIES POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	11	10	0	0
4020	UNITÉ DE LA DIABÈTE	Cas urgent	2	0	0	0
		Cas stable	23	25	9	10
4021	UNITÉ DE LA DIABÈTE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
4030	UNITÉ DE L'ENDOCRINOLOGIE	Cas urgent	1	4	0	0
		Cas stable	23	31	46	42
4031	UNITÉ DE L'ENDOCRINOLOGIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	18	20	31	54
4050	UNITÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE	Cas urgent	10	6	0	0

		Cas stable	31	36	36	31
4051	UNITÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	35	34	44	41
4052	UNITÉ DE GASTROLOGIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	5	9	0	14
4056	UNITÉ DE L'HÉPATOLOGIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	6	0	13
4060	UNITÉ DE GÉRIATRIE	Cas urgent	1	2	0	0
		Cas stable	10	13	2	3
4070	UNITÉ DE L'HÉMATOLOGIE	Cas urgent	4	5	3	0
		Cas stable	12	16	16	18
4071	UNITÉ DE L'HÉMATOLOGIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	6	3	0	0
4072	UNITÉ DES CANCERS DU SANG	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
4080	UNITÉ DE L'IMMUNOLOGIE CLINIQUE	Cas urgent	5	8	6	11
		Cas stable	17	30	11	10
4081	UNITÉ DE L'IMMUNOLOGIE CLINIQUE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	36	26	45	55
4100	UNITÉ DE CARDIOLOGIE	Cas urgent	1	2	0	0
		Cas stable	13	14	8	17
4101	UNITÉ DE CADRIOLOGIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	2	6	0	0
		Cas stable	11	40	26	48
4120	UNITÉ DE L'ANGIOLOGIE	Cas urgent	62	13	17	8
		Cas stable	209	23	85	44
4130	UNITÉ DE NÉPHROLOGIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	6	6	0	0
4131	UNITÉ DE NÉPHROLOGIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	28	16	22	4
4133	STATION DE DIALYSE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0

		Cas stable	0	0	0	0
4140	UNITÉ DE MÉDECINE NUCLÉAIRE	Cas urgent	12	6	0	0
		Cas stable	16	40	0	0
4150	UNITÉ DE TOXICOLOGIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
4200	UNITÉ DE DERMATOLOGIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	16	12	7	9
4201	UNITÉ DE DERMATOLOGIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	1	0	0
		Cas stable	6	4	7	0
4220	UNITÉ DE NEUROLOGIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	11	16	5	5
4221	UNITÉ DE NEUROLOGIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	1	0	0	0
		Cas stable	26	19	0	0
4240	UNITÉ DE L'ONCOLOGIE	Cas urgent	3	3	0	0
		Cas stable	11	11	0	0
4241	UNITÉ DE L'ONCOLOGIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
4242	UNITÉ DE L'ONCOLOGIE CLINIQUE / CHIMIOTHÉRAPIE	Cas urgent	0	1	0	0
		Cas stable	3	6	0	0
4243	UNITÉ DE L'ONCOLOGIE CLINIQUE / CHIMIOTHÉRAPIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	-	0	0	0
		Cas stable	-	0	0	0
4244	UNITÉ DE RADIOTHÉRAPIE	Cas urgent	13	11	9	6
		Cas stable	24	23	19	18
4246	UNITÉ DE L'ONCOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE	Cas urgent	4	5	0	0
		Cas stable	18	16	14	12
4270	UNITÉ DES MALADIES PULMONAIRES ET DE LA TUBERCULOSE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	10	13	0	0
4271	UNITÉ DES MALADIES PULMONAIRES ET DE LA TUBERCULOSE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	14	0	0
4272	UNITÉ DE PNEUMOLOGIE	Cas urgent	3	2	0	0

		Cas stable	14	13	3	6
4273	UNITÉ DE PNEUMOLOGIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	3	11	0	0
		Cas stable	23	23	27	42
4274	UNITÉ DE LA TUBERCULOSE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	1	2	2	2
4280	UNITÉ DE RHUMATOLOGIE	Cas urgent	14	20	7	13
		Cas stable	114	122	71	85
4281	UNITÉ DE RHUMATOLOGIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	3	0	0	0
4340	UNITÉ DES MALADIES CONTAGIEUSES	Cas urgent	0	10	0	0
		Cas stable	1	19	0	0
4341	UNITÉ DE MALADIES CONTAGIEUSES POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	18	6	0	0
4342	UNITÉ DE SIDA	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
4344	UNITÉ DE L'HÉPATITE	Cas urgent	-	0	0	5
		Cas stable	-	0	0	0
4346	UNITÉ DES MALADIES TROPICALES	Cas urgent	0	13	16	25
		Cas stable	8	12	64	38
4348	UNITÉ DES OBSERVATIONS ET INFECTIONS	Cas urgent	0	1	0	0
		Cas stable	2	9	0	0
4349	UNITÉ DES OBSERVATIONS ET INFECTIONS POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
4401	UNITÉ DE PÉDIATRIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	2	3	0	0
4403	UNITÉ INFANTILE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	4	1	0	0
4405	UNITÉ DES PATHOLOGIES DES NOUVEAU-NÉS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
4421	UNITÉ DE NÉONATOLOGIE	Cas urgent	0	0	0	0

		Cas stable	0	0	0	0
4450	UNITÉ GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRIQUE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	6	8	0	0
4452	UNITÉ DE GYNÉCOLOGIE	Cas urgent	2	4	0	0
		Cas stable	18	27	17	19
4454	UNITÉ DE LA PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE	Cas urgent	1	0	0	0
		Cas stable	2	0	0	0
4500	UNITÉ DE CHIRURGIE GÉNÉRALE	Cas urgent	1	2	0	0
		Cas stable	22	31	23	23
4501	UNITÉ DE CHIRURGIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	1	0	0
		Cas stable	23	30	20	35
4504	UNITÉ DE LA CHIRURGIE DE L'APPAREIL DIGESTIF	Cas urgent	0	3	0	0
		Cas stable	23	10	20	22
4508	UNITÉ DE CHIRURGIE ENDOCRINIENNE	Cas urgent	0	0	0	5
		Cas stable	22	9	71	48
4520	UNITÉ DE CHIRURGIE DE LA POITRINE	Cas urgent	1	2	0	0
		Cas stable	9	9	7	7
4530	UNITÉ DE CHIRURGIE VASCULAIRE	Cas urgent	11	8	0	0
		Cas stable	69	67	55	54
4540	UNITÉ DE CHIRURGIE ONCOLOGIQUE	Cas urgent	8	6	0	0
		Cas stable	25	28	17	18
4541	UNITÉ DE CHIRURGIE ONCOLOGIQUE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	-	0	0	0
		Cas stable	-	0	18	48
4550	UNITÉ DE LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUE	Cas urgent	4	11	0	0
		Cas stable	64	81	49	46
4552	UNITÉ DE CHIRURGIE DE LA MAIN	Cas urgent	14	14	14	14
		Cas stable	365	365	1065	1065
4554	UNITÉ DES BRÛLURES	Cas urgent	0	0	2	23
		Cas stable	224	0	344	671
4555	UNITÉ DES BRÛLURES POUR LES ENFANTS	Cas urgent	-	0	0	0

		Cas stable	-	0	0	0
4560	UNITÉ DE CHIRURGIE CARDIAQUE	Cas urgent	8	8	0	0
		Cas stable	35	19	23	40
4561	UNITÉ DE CHIRURGIE CARDIAQUE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	3	1	0	0
		Cas stable	62	39	0	11
4562	UNITÉ DE L'IMPLANTATION DES STIMULATEURS CARDIAQUES	Cas urgent	6	0	233	27
		Cas stable	477	465	1044	94
4570	UNITÉ DE NEUROCHIRURGIE	Cas urgent	13	15	7	0
		Cas stable	58	75	55	75
4571	UNITÉ DE NEUROCHIRURGIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	7	0	0	0
		Cas stable	19	23	30	56
4580	UNITÉ DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE-TRAUMATIQUE	Cas urgent	11	14	0	0
		Cas stable	92	79	57	71
4581	UNITÉ DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE-TRAUMATIQUE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	5	0	0
		Cas stable	70	34	53	33
4600	UNITÉ OPHTALMIQUE	Cas urgent	6	6	0	0
		Cas stable	114	65	32	37
4601	UNITÉ OPHTALMIQUE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	19	23	64	23
4610	UNITÉ DE L'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Cas urgent	2	3	0	0
		Cas stable	46	60	62	67
4611	UNITÉ DE L'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	2	4	0	0
		Cas stable	54	55	97	107
4620	UNITÉ AUDIOLOGIQUE-PHONIA TRIQUE	Cas urgent	-	0	0	0
		Cas stable	-	0	165	153
4630	UNITÉ DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	15	22	22	27
4640	UNITÉ UROLOGIQUE	Cas urgent	2	2	0	0
		Cas stable	29	29	26	28
4641	UNITÉ UROLOGIQUE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	7	11	0	0

		Cas stable	74	76	57	40
4650	UNITÉ DE TRANSPLANTOLOGIE	Cas urgent	0	28	0	0
		Cas stable	9	74	8	20
4652	UNITÉ DE TRANSPLANTATION RÉNALE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
4658	UNITÉ DE TRANSPLANTATION DE MOELLE	Cas urgent	0	8	0	0
		Cas stable	0	18	0	0
4659	UNITÉ DE TRANSPLANTATION DE MOELLE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	-	0	0	0
		Cas stable	-	0	0	0
4840	UNITÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE	Cas urgent	0	-	-	-
		Cas stable	0	-	-	-

* le temps moyen d'attente prévue a été calculé sur la base d'informations sur les personnes en attente dans chaque unité organisationnelle comme une moyenne pondérée des unités individuelles, où le temps d'attente moyen a été attribué un poids sous la forme de nombre de personnes en attente.

** le temps réel d'attente moyen est la moyenne arithmétique calculée à partir des temps réels d'attente des personnes, compris comme le nombre de jours entre la date de l'inscription sur une liste d'attente et la date de la suppression de la liste d'attente en raison de la fourniture d'une prestation par un prestataire. Le temps réel moyen est calculé sur la base de données sur les personnes supprimées des listes d'attente en raison de la fourniture d'une prestation au cours des 6 derniers mois.

**Temps moyen d'attente dans les unités organisationnelles offrant des prestations de type:
soins psychiatriques et le traitement des toxicomanies, ventilées par catégories médicales, décembre (chaque année)**

Unités organisationnelles		Catégorie médicale	Moyenne de la moyenne du temps d'attente (jours) *		Médiane du temps d'attente réel moyen (jours) **	
code	nom		2008	2009	2010	2011
1700	CENTRE DE SANTÉ MENTALE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	10	12	3	9
1701	CENTRE DE SANTÉ MENTALE POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	23	19	15	16
1703	CENTRE DE SANTÉ MENTALE POUR LES JEUNES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	1	0	0	10
1704	CENTRE DE PSYCHO-GÉRIATRIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	23	24	31	45
1705	CENTRE DE SANTÉ MENTALE POUR LES ENFANTS, LES JEUNES ET LEUR FAMILLES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	18	16	25	44

1706	CENTRE DE TRAITEMENT DE NÉVROSES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	10	13	4	7
1707	CENTRE POUR LES ENFANTS AUTISTES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	28	14	0	14
1710	CENTRE PSYCHOSOMATIQUE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	2	0	0
1740	CENTRE DE TRAITEMENT DES DÉPENDENCES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	2	4	0	0
1741	CENTRE DE TRAITEMENT DES DÉPENDANCES POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
1742	CENTRE DE TABAGISME	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	2	1	0	0
1743	CENTRE DE THÉRAPIE DE DÉPENDANCE A L'ALCOOL POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
1744	CENTRE DE THÉRAPIE DES L'ALCOOLISME ET CO-DÉPENDANCE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	4	2	0	0
1746	CENTRE DE THÉRAPIE DES DÉPENDANCES AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	7	8	0	0
1780	CENTRE DE SEXOLOGIE ET DE PATHOLOGIE DE RAPPORTS SEXUELS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	2	13	4	5
1790	CENTRE PSYCHOLOGIQUE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	7	11	0	0
1791	CENTRE PSYCHOLOGIQUE POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	79	26	0	6
2700	UNITÉ PSYCHIATRIQUE DE JOUR (GÉNÉRAL)	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	7	11	0	0
2701	UNITÉ PSYCHIATRIQUE DE JOUR POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	17	8	0	0
2702	UNITÉ DE RÉHABILITATION PSYCHIATRIQUE DE JOUR	Cas urgent	1	2	0	0
		Cas stable	1	13	0	0

2703	UNITÉ DE RÉHABILITATION PSYCHIATRIQUE DE JOUR POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	50	56	94
2704	UNITÉ DE PSYCHO-GÉRIATRIE DE JOUR	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	135	43	10	13
2706	UNITÉ DE TROUBLES NÉVROTIQUES DE JOUR	Cas urgent	0	1	0	0
		Cas stable	11	14	11	5
2712	UNITÉ DE THÉRAPIE DE L'ALCOOLISME DE JOUR	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	1	1	0	0
2713	UNITÉ DE THÉRAPIE DE DÉPENDANCE AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES DE JOUR POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
2714	UNITÉ DE THÉRAPIE DES DÉPENDANCES AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES DE JOUR	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	2	0	0
2720	FOYER DE TROUBLES MENTAUX	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	9
2722	FOYER POUR LES MALADES MENTAUX	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
2724	FOYER POUR LES ALCOOLIQUES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	28	9
2726	FOYER POUR LES PERSONNES DÉPENDANT AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	6	3	0	0
2730	EQUIPE DE TRAITEMENT À DOMICILE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	1	1	0	0
2731	EQUIPE DE TRAITEMENT À DOMICILE POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES	Cas urgent	-	0	0	-
		Cas stable	-	0	0	-
2732	SOINS À DOMICILE, SOINS DE FAMILLE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
2733	EQUIPE DE TRAITEMENT À DOMICILE POUR LES PERSONNES AUTISTES	Cas urgent	0	0	0	-
		Cas stable	0	0	0	-
2740	CENTRE DE TRAITEMENT DE DÉPENDANCES NON-	Cas urgent	0	0	0	0

	CARACTÉRISÉES	Cas stable	12	0	0	0
4700	UNITÉ PSYCHIATRIQUE (GÉNÉRAL)	Cas urgent	0	1	0	0
		Cas stable	3	4	0	0
4701	UNITÉ PSYCHIATRIQUE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	19	6	0	0
4702	UNITÉ DE RÉHABILITATION PSYCHIATRIQUE	Cas urgent	2	12	0	0
		Cas stable	38	35	0	0
4703	UNITÉ PSYCHIATRIQUE POUR LES JEUNES	Cas urgent	19	0	0	0
		Cas stable	4	21	0	0
4704	UNITÉ DE TROUBLES NÉVROTIQUES	Cas urgent	2	0	0	0
		Cas stable	64	65	14	34
4705	CENTRE PSYCHIATRIQUE POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	2	3	0	0
4707	UNITÉ DES TROUBLES NÉVROTIQUES POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES	Cas urgent	0	1	0	0
		Cas stable	15	16	33	0
4710	UNITÉ PSYCHIATRIQUE POUR LES MALADIE SOMATIQUES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	1	15	0	0
4712	UNITÉ DE PSYCHO-GÉRIATRIE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	2	4	0	0
4714	UNITÉ PSYCHIATRIQUE POUR LES PATIENTS TUBERCULEUX	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
4716	UNITÉ PSYCHIATRIQUE POUR LES MALADES CHRONIQUES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	1	1	0	0
4730	UNITÉ DE PSYCHIATRIE JUDICIAIRE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	55	102	0	0
4732	UNITÉ DE PSYCHIATRIE JUDICIAIRE AVEC UNE SÉCURITÉ RENFORCÉE	Cas urgent	0	7	0	0
		Cas stable	4	1	0	0
4733	UNITÉ DE PSYCHIATRIE JUDICIAIRE AVEC UNE SÉCURITÉ RENFORCÉE POUR LES JEUNES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	57
4736	UNITÉ DE DÉSINTOXICATION AVEC UNE SÉCURITÉ	Cas urgent	0	0	0	0

	RENFORCÉE	Cas stable	178	347	67	0
4737	UNITÉ DE DÉSINTOXICATION AVEC UNE SÉCURITÉ RENFORCÉE POUR LES JEUNES	Cas urgent	0	0	10	9
		Cas stable	82	57	36	77
4740	UNITÉ/CENTRE DE TRAITEMENT DE DÉPENDANCES	Cas urgent	0	2	0	0
		Cas stable	64	59	26	33
4741	UNITÉ/CENTRE DE TRAITEMENT DE DÉPENDANCES POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES	Cas urgent	0	0	0	-
		Cas stable	0	0	0	-
4742	UNITÉ/CENTRE DE SEVRAGE DE L'ALCOOL (DÉTOXICATION)	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	2	2	0	0
4744	UNITÉ/CENTRE DE THÉRAPIE DE L'ALCOOLISME	Cas urgent	5	7	0	0
		Cas stable	63	69	30	38
4746	UNITÉ/CENTRE DE THÉRAPIE DES DÉPENDANCES AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	5	0	0
4747	UNITÉ/CENTRE DE THÉRAPIE DES DÉPENDANCES AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	32	0	0	0
4748	UNITÉ/CENTRE DE SEVRAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (DÉTOXICATION)	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	1	5	0	0
4750	UNITÉ/CENTRE DE RÉHABILITATION POUR LES PERSONNES DÉPENDANTES DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	Cas urgent	1	2	0	0
		Cas stable	6	6	0	0
4751	UNITÉ/CENTRE DE RÉHABILITATION POUR LES PERSONNES DÉPENDANTES DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
4754	UNITÉ/CENTRE DE THÉRAPIE POUR LES PERSONNES DÉPENDANTES DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES AVEC DES TROUBLES PSYCHOTIQUES CO-EXISTANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	5
4756	UNITÉ/CENTRE DE RÉADAPTATION POUR LES PERSONNES DÉPENDANTES DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES AVEC DES TROUBLES PSYCHOTIQUES CO-EXISTANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	19	29	58	0
5162	INSTITUT/UNITÉ DES SOINS INFIRMIERS ET SOINS GÉNÉRAUX	Cas urgent	40	40	0	0
		Cas stable	172	104	126	136
5163	INSTITUT/UNITÉ DES SOINS INFIRMIERS ET SOINS	Cas urgent	-	0	0	0

	GÉNÉRAUX POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES	Cas stable	-	0	0	0
5172	INSTITUT/UNITÉ DES SOINS ET DE TRAITEMENT PSYCHIATRIQUES	Cas urgent	14	18	0	0
		Cas stable	152	172	158	94
5260	INSTITUT/UNITÉ DES SOINS ET D'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUES	Cas urgent	0	-	-	-
		Cas stable	0	-	-	-
5360	EQUIPE DE SOINS A DOMICILE AUPRÈS DE L'INSTITUT/UNITÉ DES SOINS ET D'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUES OU DE SOINS INFIRMIERS ET SOINS GÉNÉRAUX PSYCHIATRIQUE	Cas urgent	0	0	-	-
		Cas stable	6	12	-	-

* le temps moyen d'attente prévue a été calculé sur la base d'informations sur les personnes en attente dans chaque unité organisationnelle comme une moyenne pondérée des unités individuelles, où le temps d'attente moyen a été attribué un poids sous la forme de nombre de personnes en attente.

** le temps réel d'attente moyen est la moyenne arithmétique calculée à partir des temps réels d'attente des personnes, compris comme le nombre de jours entre la date de l'inscription sur une liste d'attente et la date de la suppression de la liste d'attente en raison de la fourniture d'une prestation par un prestataire. Le temps réel moyen est calculé sur la base de données sur les personnes supprimées des listes d'attente en raison de la fourniture d'une prestation au cours des 6 derniers mois.

Temps moyen d'attente dans les unités organisationnelles offrant des prestations de type:
prestations d'assistance et les soins dans le cadre des soins à long terme, ventilées par catégories médicales, décembre (chaque année)

Unités organisationnelles		Catégorie médicale	Moyenne de la moyenne du temps d'attente (jours) *		Médiane du temps d'attente réel moyen (jours) **	
code	nom		2008	2009	2010	2011
2140	EQUIPE DE SOINS À DOMICILE À LONG TERME	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	13	10	0	0
2141	EQUIPE DE SOINS À DOMICILE À LONG TERME POUR LES ENFANTS	Cas urgent	1	0	0	0
		Cas stable	0	27	0	0
2142	SOINS INFIRMIÈRES À LONG TERME	Cas urgent	1	0	0	0
		Cas stable	13	11	0	0
4170	UNITÉ POUR LES MALADES CHRONIQUES	Cas urgent	0	0	-	-
		Cas stable	3	1	-	-
5160	INSTITUT/UNITÉ DES SOINS INFIRMIERS ET SOINS GÉNÉRAUX	Cas urgent	3	5	0	0
		Cas stable	76	59	40	60
5161	INSTITUT/UNITÉ DES SOINS INFIRMIERS ET SOINS GÉNÉRAUX POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
5170	INSTITUT/UNITÉ DES SOINS ET DE TRAITEMENT	Cas urgent	5	4	0	0

		Cas stable	49	67	31	40
5171	INSTITUT/UNITÉ DES SOINS ET DE TRAITEMENT POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES	Cas urgent	0	5	0	0
		Cas stable	3	30	0	0

* le temps moyen d'attente prévue a été calculé sur la base d'informations sur les personnes en attente dans chaque unité organisationnelle comme une moyenne pondérée des unités individuelles, où le temps d'attente moyen a été attribué un poids sous la forme de nombre de personnes en attente.

** le temps réel d'attente moyen est la moyenne arithmétique calculée à partir des temps réels d'attente des personnes, compris comme le nombre de jours entre la date de l'inscription sur une liste d'attente et la date de la suppression de la liste d'attente en raison de la fourniture d'une prestation par un prestataire. Le temps réel moyen est calculé sur la base de données sur les personnes supprimées des listes d'attente en raison de la fourniture d'une prestation au cours des 6 derniers mois.

Temps moyen d'attente dans les unités organisationnelles offrant des prestations de type:
soins palliatifs et soins d'hospice, ventilés par catégories médicales, décembre (chaque année)

Unités organisationnelles		Catégorie médicale	Moyenne de la moyenne du temps d'attente (en jours) *		Médiane du temps d'attente réel moyen (en jours) **	
code	nom		2008	2009	2010	2011
1180	CENTRE DE MÉDECINE PALLIATIVE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
1181	CENTRE DE LA MÉDECINE PALLIATIVE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	-	-	-
		Cas stable	0	-	-	-
2180	HOSPICE À DOMICILE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	2	0	0	0
2181	HOSPICE A DOMICILE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
2182	CENTRE DE SOINS PALLIATIFS ET L'HOSPICE DE JOUR	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
4180	UNITÉ DE MÉDECINE PALLIATIVE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	3	3	0	0
5180	HOSPICE STATIONNAIRE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	4	5	0	0
5181	HOSPICE STATIONNAIRE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	-	0	0	0
		Cas stable	-	0	0	0

* le temps moyen d'attente prévue a été calculé sur la base d'informations sur les personnes en attente dans chaque unité organisationnelle comme une moyenne pondérée des unités individuelles, où le temps d'attente moyen a été attribué un poids sous la forme de nombre de personnes en attente.

** le temps réel d'attente moyen est la moyenne arithmétique calculée à partir des temps réels d'attente des personnes, compris comme le nombre de jours entre la date de l'inscription sur une liste d'attente et la date de la suppression de la liste d'attente en raison de la fourniture d'une prestation par un prestataire. Le temps réel moyen est calculé sur la base de données sur les personnes supprimées des listes d'attente en raison de la fourniture d'une prestation au cours des 6 derniers mois.

Temps moyen d'attente dans les unités organisationnelles offrant des prestations de type:
réadaptation médicale ventilée par catégories médicales, décembre (chaque année)

Unités organisationnelles		Catégorie médicale	Moyenne de la moyenne du temps d'attente (jours) *		Médiane du temps d'attente réel moyen (jours) **	
code	nom		2008	2009	2010	2011
1300	CENTRE DE RÉADAPTATION	Cas urgent	1	0	0	0
		Cas stable	22	27	24	21
1301	CENTRE DE RÉADAPTATION POUR LES ENFANTS	Cas urgent	1	0	0	0
		Cas stable	23	32	25	28
1302	CENTRE DE RÉADAPTATION DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR	Cas urgent	1	0	0	0
		Cas stable	25	22	31	11
1303	CENTRE DE RÉADAPTATION DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	18	70	211	0
1306	CENTRE DE RÉADAPTATION NEUROLOGIQUE	Cas urgent	0	0	0	-
		Cas stable	14	0	0	-
1308	SECTION DE RÉADAPTATION CARDIOLOGIQUE	Cas urgent	0	0	-	-
		Cas stable	23	81	-	-
1310	SECTION (ATELIER) DE PHYSIOTHÉRAPIE	Cas urgent	1	1	0	0
		Cas stable	25	31	32	41
1311	SECTION (ATELIER) DE PHYSIOTHÉRAPIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	4	17	0	15
1312	SECTION (ATELIER) DE PHYSIOTHÉRAPIE	Cas urgent	1	1	0	0
		Cas stable	21	27	24	39
1313	SECTION (ATELIER) DE PHYSIOTHÉRAPIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	42	0
1314	SECTION (ATELIER) DE PHYSIOTHÉRAPIE	Cas urgent	1	0	0	0
		Cas stable	10	27	18	18
1315	SECTION (ATELIER) DE KINÉSITHÉRAPIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	-
		Cas stable	0	0	0	-

1316	SECTION (ATELIER) DE L'HYDROTHÉRAPIE	Cas urgent	0	1	-	-
		Cas stable	0	29	-	-
1317	SECTION (ATELIER) DE L'HYDROTHÉRAPIE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	-	-	-
		Cas stable	0	-	-	-
1318	SECTION (ATELIER) DE CRYOTHÉRAPIE	Cas urgent	0	0	0	-
		Cas stable	6	15	0	-
1320	SECTION (ATELIER) DE MASSAGE THÉRAPEUTIQUE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	27	46	41	26
1330	SECTION (ATELIER) DE BALNÉOTHÉRAPIE	Cas urgent	0	1	-	-
		Cas stable	0	103	-	-
2146	EQUIPE DE RÉADAPTATION À DOMICILE	Cas urgent	0	4	0	0
		Cas stable	16	73	87	63
2300	CENTRE DE RÉADAPTATION DE JOUR	Cas urgent	1	2	0	0
		Cas stable	20	28	13	27
2301	CENTRE DE RÉADAPTATION DE JOUR POUR LES ENFANTS	Cas urgent	2	0	0	0
		Cas stable	26	14	0	5
4300	UNITÉ DE RÉADAPTATION	Cas urgent	22	25	0	1
		Cas stable	195	194	138	174
4301	UNITÉ DE RÉADAPTATION POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	2	0	0
		Cas stable	47	43	34	65
4302	UNITÉ DE RÉADAPTATION DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR	Cas urgent	11	21	0	0
		Cas stable	220	189	199	217
4303	UNITÉ DE RÉADAPTATION DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	-	-
		Cas stable	37	6	-	-
4304	UNITÉ DE PARAPLÉGIE ET TÉTRAPLÉGIE	Cas urgent	33	50	28	18
		Cas stable	248	348	259	232
4306	UNITÉ DE RÉADAPTATION NEUROLOGIQUE	Cas urgent	9	13	0	0
		Cas stable	59	111	79	62
4307	UNITÉ DE RÉADAPTATION NEUROLOGIQUE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
4308	UNITÉ DE RÉADAPTATION CARDIOLOGIQUE	Cas urgent	7	4	0	0

	Cas stable	20	28	11	19
--	------------	----	----	----	----

* le temps moyen d'attente prévue a été calculé sur la base d'informations sur les personnes en attente dans chaque unité organisationnelle comme une moyenne pondérée des unités individuelles, où le temps d'attente moyen a été attribué un poids sous la forme de nombre de personnes en attente.

** le temps réel d'attente moyen est la moyenne arithmétique calculée à partir des temps réels d'attente des personnes, compris comme le nombre de jours entre la date de l'inscription sur une liste d'attente et la date de la suppression de la liste d'attente en raison de la fourniture d'une prestation par un prestataire. Le temps réel moyen est calculé sur la base de données sur les personnes supprimées des listes d'attente en raison de la fourniture d'une prestation au cours des 6 derniers mois.

Temps moyen d'attente dans les unités organisationnelles offrant des prestations de type:
traitement dentaire, ventilé par catégories médicales, décembre (chaque année)

Unités organisationnelles		Catégorie médicale	Moyenne de la moyenne du temps d'attente (jours) *		Médiane du temps d'attente réel moyen (jours) **	
code	nom		2008	2009	2010	2011
1800	CENTRE DENTAIRE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	12	11	0	0
1801	CENTRE DENTAIRE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	4	3	0	0
1802	CENTRE DENTAIRE POUR LES PERSONNES À RISQUE DU VIH	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	0	0	0	0
1804	CENTRE DE L'ODONTOLOGIE CONSERVATRICE	Cas urgent	0	2	0	0
		Cas stable	0	5	0	25
1810	CENTRE DES MALADIES DE LA MUQUEUSE PARADONTALE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	12	4	0	0
1820	CENTRE ORTHODONTIQUE	Cas urgent	1	1	0	0
		Cas stable	79	78	15	59
1821	CENTRE ORTHODONTIQUE POUR LES ENFANTS	Cas urgent	0	15	0	0
		Cas stable	75	64	3	31
1830	CENTRE DE PROSTODONTIE	Cas urgent	2	1	0	0
		Cas stable	51	69	0	24
1840	CENTRE DE CHIRURGIE DENTAIRE	Cas urgent	0	0	0	0
		Cas stable	7	9	0	0
1841	CENTRE DE CHIRURGIE DENTAIRE OPOUR LES ENFANTS	Cas urgent	-	0	0	0
		Cas stable	-	0	0	0
8100	ATELIER DE PROSTODONTIE	Cas urgent	0	0	0	0

	Cas stable	141	0	15	88
--	------------	-----	---	----	----

* le temps moyen d'attente prévue a été calculé sur la base d'informations sur les personnes en attente dans chaque unité organisationnelle comme une moyenne pondérée des unités individuelles, où le temps d'attente moyen a été attribué un poids sous la forme de nombre de personnes en attente.

** le temps réel d'attente moyen est la moyenne arithmétique calculée à partir des temps réels d'attente des personnes, compris comme le nombre de jours entre la date de l'inscription sur une liste d'attente et la date de la suppression de la liste d'attente en raison de la fourniture d'une prestation par un prestataire. Le temps réel moyen est calculé sur la base de données sur les personnes supprimées des listes d'attente en raison de la fourniture d'une prestation au cours des 6 derniers mois.

Temps moyen d'attente prévu pour les procédures médicales, les programmes thérapeutiques et les programmes des médicaments ventilés par catégorie médicales.

Unités organisationnelles		Catégorie médicale	Moyenne de la moyenne du temps d'attente prévu (jours) *	
code	nom		2008	2009
10000	TRAITEMENT PAR APPAREIL ORTHODONTIQUE	Cas urgent	4	2
		Cas stable	185	195
10001	TRAITEMENT PROTHÉTIQUE	Cas urgent	0	0
		Cas stable	97	104
20001	LA TOMODENSITERIE	Cas urgent	1	5
		Cas stable	18	36
20002	ÉCHOCARDIOGRAPHIE	Cas urgent	0	0
		Cas stable	18	29
20003	RESONANCE MAGNETIQUE	Cas urgent	6	12
		Cas stable	44	78
20004	TOMOGRAPHIE PAR ÉMISSION DES POSITRONS PET	Cas urgent	1	7
		Cas stable	7	14
30001	FACILITATION DE LA CRICULATION INTRAOCULAIRE (GLAUCOME)	Cas urgent	5	3
		Cas stable	21	34
30002	TRAITEMENTS DE CRISTALLIN (CATARACTE)	Cas urgent	48	63
		Cas stable	265	294
30003	TRAITEMENT DE VITRÉ (VITRECTOMIE)	Cas urgent	2	8
		Cas stable	20	73
40001	IMPLANTATION DE L' APPAREIL AUDITIF ÉLECTROMAGNÉTIQUE, D'UNE PROTHÈSE AUDITIVE	Cas urgent	9	6
		Cas stable	21	18

50001	TRAITEMENTS DE VALVES CARDIAQUES ET DES CHICANES	Cas urgent	7	12
		Cas stable	23	33
50002	ENLÈVEMENT DES STÉNOSES DES ARTÈRES CORONAIRES (ANGIOPLASTIE ET CORONOPLASTIE)	Cas urgent	4	5
		Cas stable	20	27
50003	PONTS POUR LA REVASCULARISATION CARDIAQUE (PONTAGE)	Cas urgent	11	16
		Cas stable	40	34
50004	ASSOMPTION, REMPLACEMENT, SUPPRESSION ET RÉVISION DU DÉMARREUR DU COEUR ET AUTRES TRAITEMENTS	Cas urgent	11	8
		Cas stable	32	31
50005	TRAITEMENTS ENDOVASCULAIRES DES ARTÈRES AUTRES QUE CORONAIRES	Cas urgent	2	10
		Cas stable	21	24
50006	CORONAROGRAPHIE	Cas urgent	9	14
		Cas stable	48	57
60001	CHOLÉCYSTECTOMIE LAPAROSCOPIQUE, CHOLÉCYSTECTOMIE LAPAROSCOPIQUE DE LASER	Cas urgent	0	0
		Cas stable	23	25
70001	CONCASSAGE DE PIERRES URINAIRES (TRAITEMENT AUX ULTRASONS)	Cas urgent	0	1
		Cas stable	17	14
80001	ARTHROSCOPIE	Cas urgent	6	9
		Cas stable	75	61
80002	TRAITEMENTS LIÉS AUX OPÉRATIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE (RAIDISSEMENT, SPONDYLODÈSE)	Cas urgent	17	11
		Cas stable	85	81
80003	ARTHROPLASTIE DE L'ARTICULATION DE LA HANCHE	Cas urgent	52	57
		Cas stable	271	252
80004	RÉVISION APRÈS ARTHROPLASTIE DE L'ARTICULATION DE LA HANCHE	Cas urgent	34	24
		Cas stable	94	103
80005	ARTHROPLASTIE DU GENOU	Cas urgent	45	70
		Cas stable	240	249
80006	RÉVISION APRÈS ARTHROPLASTIE DU GENOU	Cas urgent	17	11
		Cas stable	44	28
90003	TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN - TRASTUZUMABUM	Cas urgent	6	0
		Cas stable	2	3

90006	TRAITEMENT DU GLIOME - TEMOZOLOMIDUM	Cas urgent	0	0
		Cas stable	0	0
90008	TRAITEMENT DE LA LEUCÉMIE MYÉLOÏDE CHRONIQUE - IMATINIB / DASATINIBUM	Cas urgent	0	1
		Cas stable	4	1
90009	TRAITEMENT DES CANCERS STROMALES GASTRO-INTESTINALES (GIST) - IMATINIB	Cas urgent	0	0
		Cas stable	0	0
90010	TRAITEMENT DES LYMPHONES MALINS RITUXIMABUM	Cas urgent	0	0
		Cas stable	5	3
90012	TRAITEMENT DE LA THROMBOCYTÉMIE ESSENTIELLE – ANAGRELIDUM	Cas urgent	0	1
		Cas stable	0	13
90023	TRAITEMENT DE LA PUBERTÉ PRÉCOCE CHEZ LEZ ENFANTS - LEUPRORELINUM / TRIPTORELINUM	Cas urgent	0	0
		Cas stable	0	0
90024	TRAITEMENT DES PID CHEZ LES ENFANTS - IMMUNOGLOBULINUM	Cas urgent	0	0
		Cas stable	0	1
90028	TRAITEMENT DE L'ANÉMIE PENDANT L'IRC - ERYTHROPOETINUM / DARBÉPOÉTINE ALFA / ÉPOTÉINE BÊTA (PEG)	Cas urgent	0	0
		Cas stable	10	8
90029	TRAITEMENT DE MALADIE DE GAUCHER – IMIGLUCERASUM	Cas urgent	0	0
		Cas stable	0	0
90030	TRAITEMENT DES ENFANTS DE PETITE TAILLE AVEC HYPOPITUITARISME LIÉ À LA SOMATOTROPINE – SOMATOTROPINUM	Cas urgent	0	0
		Cas stable	0	0
90031	TRAITEMENT DES ENFANTS DE PETITE TAILLE - SOMATOTROPINUM	Cas urgent	0	0
		Cas stable	0	0
90033	TRAITEMENT DE LA MALADIE DE HURLER – LARONIDASE	Cas urgent	0	0
		Cas stable	0	0
90039	TRAITEMENT DES ENFANTS AVEC LE SYNDROME DE PRADER-WILLI - SOMATOTROPINUM	Cas urgent	0	0
		Cas stable	0	0
90042	TRAITEMENT DU MYÉLOE MULTIPLE RÉFRACTAIRE - BORTEZOMIBUM	Cas urgent	0	0
		Cas stable	0	2
90043	TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE PULMONAIRE - SILDENAFILUM / ILOPROSTUM / BOSENTAN	Cas urgent	0	8
		Cas stable	12	13

90044	PROPHYLAXIE DES ÉPISODES HÉMORRAGIQUES CHEZ LES ENFANTS ATTEINTS D'HÉMOPHILIE A ET B – CONCENTRÉ DU FACTEUR DE COAGULATION VII OU CONCENTRÉ DU FACTEUR DE COAGULATION IX	Cas urgent	0	0
		Cas stable	0	0
90045	TRAITEMENT DU CANCER DE COLON - IRINOTEKANUM / FLUOROURACILUM / CALCII FOLINAS	Cas urgent	4	0
		Cas stable	1	0
90046	TRAITEMENT DES DYSTONIE FOCALE ET DES SPASMES PARTIELS DU VISAGE-TOXINE BOTULIQUE TYPE A	Cas urgent	0	0
		Cas stable	13	13
90047	TRAITEMENT DE LA SPASTICITÉ DANS LA PARALYSIE CÉRÉBRALE - TOXINE BOTULIQUE TYPE A	Cas urgent	0	0
		Cas stable	4	13
90048	TRAITEMENT DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES - INTERFERONUM BETA / GLATIRAMERI ACETAS	Cas urgent	32	3
		Cas stable	102	110
90049	TRAITEMENT DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE ET L'ARTHRITE JUVÉNILE IDIOMATIQUE AVEC UNE ÉVOLUTION AGRESSIVE - INFLIXIMABUM / ETANERCEPTUM / ADALIMUMAB / RITUXIMABUM / LEFLUNOMIDUM	Cas urgent	7	16
		Cas stable	86	67
90050	TRAITEMENT DE L'HÉPATITE CHRONIQUE TYPE B OU C - LAMIVUDINUM / INTERFERONUM (ALFA PÉGYLÉ OU ALFA RECOMBINANTE OU ALFA NATURELLE)	Cas urgent	3	7
		Cas stable	124	150
90051	TRAITEMENT DE L'HÉPATITE CHRONIQUE TYPE B - RÉSISTANTE À LA LAMIVUDINE - ADEFOVIR / ENTECAVIR	Cas urgent	0	0
		Cas stable	6	13
90052	TRAITEMENT DE LA MALADIE DE LEŚNIEWSKI – CROHN - INFLIKSYMABUM / ADALIMUMAB / BUDEZONIDUM	Cas urgent	0	0
		Cas stable	2	4

Temps réel moyen d'attente pour les procédures hautement spécialisées, ventilées par catégories médicales

Unités organisationnelles		Catégorie médicale	Moyenne de la moyenne du temps réel d'attente prévu (en jours)		
code	Nom		données observables		
			22-12-2009	30-12-2010	30-12-2011
30002	TRAITEMENTS DE CRISTALLIN (CATARACTE)	Cas urgent	113	126	152
		Cas stable	304	351	395
50002	ENLÈVEMENT DES STÉNOSES DES ARTÈRES CORONAIRES (ANGIOPLASTIE)	Cas urgent	9	13	18
		Cas stable	44	48	47
80003	ARTHROPLASTIE DE L'ARTICULATION DE LA HANCHE	Cas urgent	157	187	215

		Cas stable	339	365	388
80004	RÉVISION APRÈS ARTHROPLASTIE DE L' ARTICULATION DE LA HANCHE	Cas urgent	80	93	89
		Cas stable	295	287	222
80005	ARTHROPLASTIE DU GENOU	Cas urgent	190	217	281
		Cas stable	376	433	450
80006	RÉVISION APRÈS ARTHROPLASTIE DU GENOU	Cas urgent	79	81	82
		Cas stable	216	199	142

Article 11§2

1) Les États qui n'ont pas accepté le paragraphe 1 de l'article 11: la politique de santé publique et le cadre juridique général. La nature, les raisons et l'étendue des réformes éventuelles.

Les informations sur les soins de santé pour les femmes enceintes -voir la réponse à la question supplémentaire 2.

Le règlement du Ministre de la santé du 29 août 2009 relatif aux prestations garanties de la gamme de soins de santé primaires fixe les conditions des:

- conseils de patronage et examens de bilan, y compris le dépistage chez les enfants âgés de 1 semaine jusqu'à la dernière classe de l'école secondaire (âgé de 19 ans) par le médecin de soins de santé primaires,
- visites de patronage et des tests de dépistage chez les enfants - dès la naissance jusqu'à 5 ans par une infirmière de soins de santé primaire,
- visites de patronage par la sage-femme de soins de santé primaire pour les enfants - dès la naissance jusqu'à 6 semaines,
- tests de dépistage effectués par une infirmière ou une hygiéniste à l'école, dans l'environnement de l'enseignement et l'éducation pour les enfants de 6 ou 7 ans, jusqu'à la dernière classe de l'école secondaire (l'âgé de 19 ans).

Ont été issus:

- règlement du Ministre de la santé du 28 août 2009 relatif à l'organisation des soins de santé de prévention aux enfants et adolescents, définissant l'organisation des soins de santé de prévention aux enfants et adolescents à l'école,
- règlement du Ministre de la santé du 30 août 2009 relatif aux prestations garanties dans le domaine du traitement dentaire, précisant la gamme de soins dentaires.

Le nombre d'élèves par infirmière travaillant à temps plein

Localisation de l'école	2004/2005		2009/2010	
	ville	village	ville	village
Ecoles primaires	1.029	1.033	886	924
Collèges	1.003	1.073	821	788
Lycées	1.047	813	896	756
Ecoles techniques	957	1031	920	962
Ecoles professionnelles essentielles	791	613	750	690
Écoles spéciales	293	225	210	167

Pour améliorer la situation dans les écoles dans les zones rurales la Commission conjointe du gouvernement et de l'autonomie locale a pris des mesures pour commencer la prévention précoce et l'aide pré-médicale dans les écoles par les unités de l'autonomie locale, qui sont des organismes créateurs pour les écoles publiques.

Le règlement du Ministre de l'éducation nationale du 25 août 2009 modifiant le règlement du Ministre de l'éducation nationale et du sport du 31 décembre 2002 relatif à la sécurité et l'hygiène dans les écoles et les institutions publiques et privées, a introduit les modifications suivantes:

- activités éducatives et pédagogiques doivent prendre en considération la nécessité d'équilibrer la charge d'activités des étudiants les différents jours de la semaine,
- la possibilité de laisser la partie des manuels scolaires et accessoires pour l'école dans les locaux de l'école ou de l'établissement est assurée aux élèves.

2) Mesures (décisions administratives, des programmes, des plans d'action, projets, etc.). prises afin de mettre en œuvre la politique de santé publique et la mise en œuvre des dispositions de la loi.

Conformément à la loi relative aux prestations de soins de santé financées par des fonds publics, la portée des activités du Fonds national pour la santé comprend la promotion de la santé et les activités de publication de promotion et les activités de communication dans le domaine de la protection de la santé.

Le Fonds national pour la santé a mis en œuvre les programmes de santé sur la base de la loi relative aux prestations de soins de santé financées par des fonds publics, le règlement du Ministre de la santé du 30 août 2009 relatif aux prestations garanties des programmes de santé et les décisions du président du Fonds national de santé. Au cours des années 2008-2011, des programmes de santé suivant ont été, entre autres, financés:

- le traitement du cancer du sein,
- le traitement des gliomes du cerveau,
- le traitement de la leucémie myéloïde chronique,
- le traitement des tumeurs stromales et gastro-intestinales (GIST),
- le traitement des lymphomes malins,
- le traitement de la thrombocytémie essentielle,
- le traitement de puberté précoce chez les enfants,
- le traitement des troubles d'immunodéficience primaire chez les enfants,
- le traitement de la dystonie focale et du spasme facial partiel,
- le traitement de la spasticité dans la paralysie cérébrale chez les enfants,
- le traitement de la sclérose en plaques,
- le traitement de la polyarthrite rhumatoïde et l'arthrite juvénile idiopathique agressive,
- le traitement de l'hépatite chronique B
- le traitement de l'hépatite chronique C,
- le traitement de l'anémie associée à l'IRC,
- le traitement de la maladie de Gaucher,
- le traitement des enfants de petite taille présentant un déficit en hormone de croissance,
- le traitement des enfants de petite taille avec un syndrome de Turner (TS),
- le traitement des enfants avec le syndrome de Prader-Willi,
- le traitement de la maladie de Crohn,
- le traitement des formes résistantes de myélome multiple (à plasmocytes)
- le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire,
- La prévention des hémorragies chez les enfants atteints d'hémophilie A et B,
- le traitement des infections pulmonaires chroniques chez les patients atteints de fibrose kystique,
- le traitement de la maladie de Pompe,
- le traitement de mucopolysaccharidose de type II (syndrome de Hunter),
- Le programme de traitement de chimiothérapie personnalisée,
- le traitement du cancer du rein,
- le traitement par les inhibiteurs du TNF alpha chez les patients souffrant de la spondylarthrite ankylosante active (SA),
- le traitement de l'hyperparathyroïdie secondaire chez les patients hémodialysés,
- La prévention de l'infection par le virus RS chez les enfants atteints de maladie pulmonaire chronique (dysplasie broncho-pulmonaire),
- le traitement de la polyarthrite rhumatoïde et la maladie de JIA avec une activité élevée ou modérée par les médicaments modificateurs,

- le traitement du cancer hépatoculaire,
- le traitement de l'arthrite psoriasique avec une évolution agressive.

Le programme de dépistage précoce de cancer du sein s'adresse aux femmes âgées de 50 à 69 ans n'ayant pas bénéficié de mammographie au cours des 24 mois derniers ainsi qu'à celles qui ont reçu une lettre d'invitation pour effectuer une mammographie 12 mois après le dernier dépistage.

Le programme national de prophylaxie du cancer du col utérin s'adresse aux femmes âgées de 25 à 59 ans n'ayant pas effectué d'examen cytologiques au cours des 3 dernières années. Chez les femmes à haut risque: contaminées par le VIH, prenant des médicaments immunosupresseurs, contaminées par un type d'HPV à haut risque, cet examen est effectué tous les 12 mois. Un examen cytologique dans un but prophylactique peut être effectué dans chaque cabinet gynécologique offrant des prestations dans le cadre du contrat avec le NFZ. Les femmes de moins de 25 ans et de plus de 59 ans peuvent bénéficier d'examen cytologiques dans le cadre d'une consultation donnée par un médecin spécialiste.

Le programme de prophylaxie des maladies cardio-vasculaires s'adresse aux personnes âgées, au cours de l'année civile en question, de 35, 40, 45, 50, 55 ans et présentent des facteurs de risque tels que la consommation du tabac, l'hypertension artérielle, les troubles du métabolisme des lipides. Les examens cytologiques concernent aussi les personnes chez lesquelles n'a pas été diagnostiqué jusqu'à présent une maladie cardio-vasculaire et qui pendant les 5 dernières années n'ont pas bénéficié des prestations dans le cadre du programme de prophylaxie chez d'autres prestataires.

La prophylaxie de la tuberculose est un programme qui s'adresse aux adultes chez lesquels la tuberculose n'a pas été diagnostiquée, notamment aux personnes ayant un contact direct avec les personnes chez lesquelles la tuberculose a déjà été diagnostiquée ainsi qu'aux personnes chez lesquelles on constate au moins une des circonstances suivantes: un chômeur, un handicapé, atteint d'une maladie à long terme, atteint de l'alcoolisme et/ou de la toxicomanie, un sans domicile fixe.

La prophylaxie des maladies liées au tabagisme (y compris la broncho-pneumopathie chronique obstructive, BPCO) est un programme qui s'adresse aux personnes de plus de 18 ans, fumeurs, y compris- en matière du diagnostic de la BPCO - aux femmes et aux hommes âgés de 40 à 65 ans, chez lesquelles on n'a pas effectué d'examen spirométriques au cours des dernières 36 mois, chez lesquelles n'a pas été diagnostiqué plus tôt la maladie pulmonaire obstructive chronique, le bronchite chronique ou l'emphysème.

Le Fonds national pour la santé mène, dès 2006, une campagne de prophylaxie active du cancer chez les femmes «4 Saisons de l'Année pour la Santé». Grâce à des actions promotionnelles intensives, chaque année le nombre de femmes qui bénéficient de mammographies et des examens cytologiques augmente, ce qui ne constitue pourtant qu'un peu plus de 30% de la population qui devrait se soumettre à ces examens du fait de rester dans un groupe de risque de morbidité le plus élevé.

Le 12 novembre 2007 le Ministre de la santé a instauré un Conseil pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Le Conseil est un organe consultatif en matière d'actions pour la prévention de la surcharge pondérale et l'obésité, y compris pour la réalisation du Programme pour la lutte contre la surcharge pondérale et l'obésité. Le Conseil est composé de 25 membres parmi lesquels un représentant du Ministère de la santé, un représentant du Ministère de l'éducation nationale, un représentant du Ministère des Sports et du Tourisme, un représentant de l'Inspecteur Sanitaire Général, un représentant de l'Institut national de la

santé publique, un représentant l'Institut pour la nutrition, un représentant de l'Institut de la Mère et de l'Enfant, un représentant de l'École supérieure d'agriculture, un représentant de la Chambre Nationale de Commerce « Industrie alimentaire », un représentant du Conseil National de la Publicité, un représentant de l'Association de Recherche sur l'Obésité ».

Les tâches du Conseil sont les suivantes:

- la mise en place d'actions pour le prévention de la surcharge pondérale et l'obésité, compte tenu des recommandations du Livre blanc de la Commission Européenne « Une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité»,
- la définition des actions prioritaires à mener dans le domaine de la promotion d'un régime équilibré, de l'activité physique et de la santé ainsi des orientations de leur réalisation dans le monde entier,
- les actions pour la promotion du mode de vie saine, et notamment d'un régime équilibré et de l'activité physique pour chaque groupe d'âge, et notamment dans les médias.

L'Inspecteur Sanitaire Général et la Fédération Polonaise des Fabricants des Aliments - Alliance des Employeurs ont élaboré en 2006 le programme « Sois en forme!». L'objectif principal du programme est l'éducation des adolescents et de leurs familles en matière des attitudes pro-santé, par la promotion des règles d'un style de vie actif et d'un régime équilibré. Au niveau de voïvodie et de powiat, l'Inspection sanitaire nationale réalise le programme « Sois en forme!» en collaboration avec les offices des maréchaux, les offices des villes, les établissements de soins médicaux, les centre médico psychologiques et pédagogiques, les établissements culturels et d'enseignement, les succursales de la Croix Rouge Polonaise, l'Association Polonaise de l'Instruction Médicale. Les partenaires du programme sont: l'Institut de la nourriture, l'Institut de la mère et de l'enfant, l'Association polonaise pour les recherches relatives à l'obésité, la Fédération des consommateurs. En 2011 ils ont conclu un accord de collaboration avec l'Agence du marché agricole et l'Institut de la médecine rurale de Lublin. Dans le programme participent les élèves, les enseignants des gymnases et des dernières classes (Vème et VIème) des écoles primaires et leur parents. Au cours des cinq années 3.780.000 élèves ont été concernés par les actions du programme. Dans l'année scolaire 2010/2011 le programme a été réalisé dans 6.795 établissements scolaires (32% de la totalité des écoles primaires et des collèges). Dans le cadre du programme ont lieu les animations consacrées à la santé et à un mode de vie sain, les courses, les marches et autres événements. Les actions sont réalisées selon les principes méthodiques et organisationnels élaborés et consultés par les experts. Le programme est réalisé sur la base des conceptions propres, les élèves ont élaboré plus de 30.000 projets de ce type. Chaque école reçoit un kit des matériaux destiné aux enseignants et aux élèves: un guide pour les enseignants; un dépliant pour les élèves; un dépliant pour les parents relatif à l'alimentation et à l'activité physique, un affiche avec « Les assiettes de santé », un disque CD.

En 2009, a été effectué un suivi du programme « Sois en forme! » par sondages de 12.005 des adolescents et leurs parents parmi lesquels 56% ont été les adolescents participant au programme « Sois en forme! », et 44% les adolescents n'ayant pas participé au programme. Il a résulté du suivi que les adolescents qui réalisent le programme « Sois en forme! » :

- sont plus contents de leur apparence que les autres,
- prennent plus souvent 5 repas par jour, et plus rarement ils prennent leurs repas la nuit,
- mangent plus souvent les légumes/les salades.

38% des enfants examinés déclarent pratiquer régulièrement un sport, 70% des enfants qui réalisent le programme font du sport pour récréation.

Une autre conséquence du programme a été l'élargissement de l'assortiment dans les magasins et les cafétérias d'école, y compris l'enrichissement de l'offre en produits pour le

petit déjeuner (les sandwich, les produits laitiers), en boissons (les eaux minérales, les jus de fruits et de légumes, les boissons lactières) en repas froids (les fruits frais, les fruits secs, les noisettes, les amandes, les semences, les bâtons et les gâteaux aux céréales).

Le réseau des Ecoles promotrices de la santé existe en Pologne depuis 1991, actuellement dans toutes les voïvodies, dans certaines voïvodies fonctionnent également des réseaux de région, de powiat, de ville, créés dans le but de faciliter la coordination et un soutien plus efficace apporté aux établissements scolaires. Plus de 2.000 établissements scolaires sont membres du réseau. Les établissements scolaires entreprennent les démarches relatives à la promotion de la santé (le diagnostic, le planning, la réalisation, l'évaluation) et rendent possible une participation active de la société scolaire dans les actions pour la promotion de la santé. L'élément important constitue la coopération avec les parents et l'environnement local.

En 2008:

- la mise en place des travaux par la Capitule centrale du Certificat National de l'Ecole promotrice de la santé (l'évaluation des demandes, l'attribution des certificats polonais de l'école promotrice de la santé),
- l'organisation des séminaires pour les coordonnateurs au niveau des voïvodies « Procédure de l'octroi du certificat polonais de l'école promotrice de la santé – nouvelles solutions »,
- l'organisation des formations – la préparation des écoles à la réalisation du projet « La participation active des élèves dans la vie de l'école »,
- l'organisation des formations « Socialisation de l'école par la coopération avec les parents et le milieu local, l'activation des élèves et des leaders », dans le cadre du programme gouvernemental « Une école sûre est accueillante » (en polonais: « *Bezpieczna i przyjazna szkoła* ») (on a formé 1.200 enseignants),
- la formation destinée à de nouveaux coordinateurs du Réseau des écoles promotrices de la santé : « Comment on crée une école promotrice de la santé » – on a préparé 48 personnes,
- la vulgarisation des méthodes de l'auto appréciation par la mise en ligne sur le site Internet des outils destinés à effectuer une auto-évaluation des actions menées en matière de la promotion de santé mises en œuvre dans les écoles promotrices de santé (chaque établissement scolaire peut profiter de ces outils, même s'il ne fait pas partie du réseau),
- la vulgarisation des matériaux relatifs à la formation du savoir-faire vital (psychologiques et sociales) des élèves, tels que l'appréciation du risque, la prise des décisions, la capacité de contacts inter-personnels et autres.

En 2009:

- l'élaboration d'un guide « Comment protéger l'enfant contre le tabagisme passif et actif », un guide dans la version électronique a été mis en ligne sur le site Internet,
- l'organisation d'une rencontre avec les coordonnateurs au niveau de voïvodie,
- l'évaluation des demandes et les délibérations de la capitule du Certificat National, l'organisation des animations liées à l'attribution aux écoles du Certificat National de l'Ecole Promotrice de la Santé,
- l'élaboration, pour le Ministère de l'Education Nationale, d'un rapport sur la situation actuelle du réseau des écoles promotrices de santé en Pologne.

En 2010:

- la mise en oeuvre de l'enquête auprès des écoles promotrices de santé – la collecte des informations sur l'alimentation saine et sur l'activité physique,
- l'organisation des formations pour les coordonnateurs au niveau de la voïvodie et pour les représentants des équipes existant au niveau de la voïvodie qui aident les écoles promotrices de la santé,

- l'évaluation des demandes et l'organisation des délibérations de la Capitule Centrale du Certificat National Ecole Promotrice de la Santé, l'organisation de l'attribution de ces certificats,
- la formation « Comment on crée une école promotrice de santé? » pour les candidats aux postes de coordonnateurs au niveau de la voïvodie et de la région.

En 2011:

- l'organisation de la formation « Ecole promotrice de santé – de nouvelles tâches et orientations » des coordonnateurs au niveau de la voïvodie et de la région, des représentants des équipes de support et des établissements scolaires,
- l'évaluation des demandes pour les établissements scolaires qui désirent se voir attribuer le Certificat National Ecole Promotrice de la Santé, attribution de 20 recommandations,
- la mise en oeuvre du programme international Activité physique et alimentation saine dans les établissements scolaires (HEPS).

Une équipe pour la Promotion de la santé dans l'établissement scolaire met en oeuvre dès 2010 le programme HEPS (Healthy Eating and Physical Activity in Schools) – « L'alimentation saine et activité physique dans les écoles ». Les objectifs principaux:

- assistance aux personnes qui prennent les décisions au niveau national, de la région et locale à la création, mise en oeuvre et la réalisation d'une politique efficace en matière de l'alimentation saine et de l'activité physique dans les établissements scolaires et de l'évaluation des résultats de cette politique. Cette politique devrait créer le cadre approprié pour la promotion de la santé dans les établissements scolaires, et notamment l'alimentation saine et l'activité physique,
- le support donné aux établissements scolaires dans la création de leur propre politique en matière de l'alimentation saine et de l'activité physique.

Les actions dans le cadre du projet HEPS sont entreprises au niveau national, de la voïvodie et des établissements scolaires choisis.

En 2010:

- La traduction et l'adaptation ainsi que l'impression des 4 manuels concernant le programme et leur mise en ligne sur le site Internet (les différents outils destinés aux personnes qui élaborent une politique encourageant une alimentation saine et l'activité physique au niveau national, de la région, locale et scolaire). Ces outils se composent des éléments ci-dessous:
 - « Lignes directrices HEPS » – destiné aux coordonnateurs au niveau national des réseaux des écoles promotrices de santé et aux personnes qui élaborent une politique encourageant une alimentation saine et l'activité physique au niveau national, de la région, locale,
 - « Guide de sensibilisation HEPS » – conçu pour aider ceux qui plaident pour l'élaboration d'une politique scolaire nationale visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique,
 - « Guide de repérage des interventions HEPS » – un ensemble de critères qualitatifs pour les programmes des établissements scolaires visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique. L'un des éléments de ce guide est un outil pour l'évaluation de la qualité de ces programmes. Le guide est destiné aux personnes/organes de l'administration gouvernementale et organisations non gouvernementales qui introduisent, envisagent et mettent en oeuvre dans les établissements scolaires les programmes (les interventions) concernant l'alimentation saine et l'activité physique,
 - « Guide d'intervention HEPS pour les établissements scolaires » - un manuel qui aide les établissements scolaires à introduire et à mettre en oeuvre un programme visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique dans l'établissement. Il contient les conditions de l'élaboration de la politique scolaire sur l'alimentation saine

et l'activité physique et la description des étapes successives de l'élaboration de cette politique. Par ailleurs, on a proposé un « Outil de suivi HEPS », servira à mesurer l'efficacité de la mise en oeuvre de la Panoplie scolaire HEPS. L'approche contient également « Lignes directrices pour l'école HEPS » - la revue de points relatifs à l'activité de l'école à prendre en compte pendant la conception; la mise en oeuvre, le suivi et l'appréciation de la politique scolaire en matière de l'alimentation saine et de l'activité physique,

- Préparation de 4 leaders du programme ayant participé à une formation internationale.

En 2011:

- l'élaboration d'un plan de la mise en oeuvre du programme en Pologne,
- la collecte des informations sur les programmes concernant une alimentation saine et l'activité physique réalisés en Pologne,
- la mise en oeuvre d'un diagnostic de l'état initial à l'aide des enquêtes au sein de 203 établissements scolaires promotrices de santé,
- un débat des représentants des institutions nationales en charge de l'alimentation saine – une discussion concernant les actions communes, le besoin de prise d'une position par les ministres en matière des actions entreprises par les établissements scolaires dans le domaine de l'alimentation saine. Aux débats ont participé les représentants des institutions suivantes: du Ministère de l'éducation nationale, du Ministère de la santé, de l'Inspecteur sanitaire général, de l'Institut de nourriture, de l'Institut de la mère et de l'enfant,
- l'élaboration des lignes directrices et la mise en oeuvre du projet pilote dans les établissements scolaires promotrices de santé dans 3 voïvodies – dans le but de supporter les écoles dans l'élaboration de leur propre politique scolaire sur l'alimentation saine et l'activité physique,
- préparation, dans le cadre de la formation annuelle destinée aux coordinateurs au niveau de la voïvode et aux représentants des équipes qui aident les écoles promotrices de santé au niveau de la voïvode, des 45 personnes en vue de vulgariser le programme dans les établissements scolaires,
- l'établissement de la coopération avec le Centre Universitaire Clinique qui réalise le Programme de santé en matière de la prévention et de la détection précoce des maladies de civilisation « 6–10–14 pour la Santé » chez les enfants et les adolescents pour les années 2011-2013,
- la formation des 26 leaders du projet pilote « L'activité physique et la santé, l'alimentation à l'école » fondé sur le programme HEPS « L'alimentation saine et l'activité physique dans les établissements scolaires ». Les leaders ont organisé une formation des conseils pédagogiques dans 86 établissements scolaires, on a préparé à la réalisation le projet 2.140 enseignants,
- la traduction en polonais, l'adaptation, l'impression et la distribution auprès des écoles du paquet éducatif « Comment assister à la santé et au développement des adolescents? » Les matériaux sont destinés aux leaders, conseillers méthodiques, consultants, enseignants, et notamment les enseignants d'éducation physique, des instructeurs et des pédagogues dans les écoles primaires et dans les gymnases,
- la création de la Banque des bonnes pratiques des écoles sur le site Internet où sont mises en ligne les informations sur les actions entreprises par les écoles en matière de l'alimentation saine et de l'activité physique.

Une grande activité dans la lutte contre la surcharge pondérale et l'obésité des enfants et des adolescents affiche le Conseil chargée d'élaboration du programme pour la promotion de la santé et la prophylaxie des problèmes des enfants et des adolescents, l'organe consultatif du Ministre de l'éducation nationale, du Ministre de la santé et du Ministre du sport et du tourisme. A l'initiative du Conseil a été élaboré et soumis à l'approbation des ministres le

projet de la position des Ministres relatif aux actions entreprises par les établissements scolaires en matière de l'alimentation saine. Ce document a été signé et mis en ligne sur les pages Internet des ministères en octobre 2011. Actuellement (en 2012) les travaux sont menés sur le projet de la position en matière des actions entreprises par les établissements scolaires visant à augmenter l'activité physique des élèves et des enseignants.

Vu l'accélération du vieillissement de la population polonaise, la participation accrue des personnes d'âge avancée (75+) et la diminution de la participation des personnes d'âge avancé mais précoce (65-74), augmente la morbidité des personnes âgées notamment due à la maladie d'Alzheimer. Compte tenu de ceci, le Ministère de la santé a constaté la nécessité de créer d'urgence une stratégie nationale relative à la politique de santé concernant les personnes âgées. Les objectifs de cette politique seront les suivants:

- la généralisation de l'accès et l'amélioration d'accessibilité des soins – un meilleur accès aux prestations de protection de la santé, égal pour toutes les personnes âgées,
- l'amélioration de la coordination des soins (et notamment la continuité résultant d'un caractère à long terme du vieillissement et des maladies liées au vieillissement),
- garantir la complexité des soins administrés, par l'adoption de l'approche globale aux problèmes, y compris la coopération des équipes médicales interdisciplinaire compte tenu des besoins spécifiques en termes de santé, soins, assistance et de réhabilitation d'un patient gériatrique, d'un patient chroniquement malade, d'un patient souffrant d'une maladie terminale et d'un patient handicapé,
- l'amélioration de la qualité des soins par la mise en oeuvre des standards des connaissances approfondies du secteur de la gérontologie, compte tenu des règles de l'éthique, y compris l'application des standards élaborés dans le domaine de la gériatrie, des soins à long terme, des soins palliatifs et de la réhabilitation,
- un meilleur financement des soins par l'entreprise des actions à long terme visant à améliorer le financement des soins de santé consacrés aux personnes âgées, et notamment l'amélioration du financement des procédures nécessaires et des formes des soins appropriées aux besoins de financement des prestations de santé, un meilleur financement de l'infrastructure existante et proposée pour la mise en oeuvre relative aux soins pour les personnes âgées.

Les tâches concernant le support des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer et de leurs tuteurs consistent à l'élaboration d'une stratégie de prévention et de lutte contre les maladies neurodégénératives, y compris la maladie d'Alzheimer, l'augmentation des moyens financiers consacrés au traitement et à la recherche scientifique sur les maladies du cerveau et une meilleure utilisation ainsi qu'un meilleur accès aux résultats de ces recherches, au diagnostics et au traitement. Dans ces actions ont été pris en compte les aspects liés à la résolution des problèmes esthétiques dues à la maladie et à une meilleure protection juridique des patients atteints de ces lésions.

Restent à résoudre les questions liées à la création d'un marché uniforme des prestations de soins à long terme, dont le financement serait meilleur, d'un marché plus riche d'offres et plus concurrentiel, ce qui devrait améliorer l'accessibilité des prestations et leur qualité. Vu ceci, l'aspect financier est important, à savoir le manque de possibilité d'assurer par le secteur publique à des personnes non autonomes les soins et l'assistance au moins à un niveau d'accessibilité et de qualité actuel. Vu la diminution du nombre de la population à l'âge productif la base des payeurs d'impôt et des payeurs de cotisations sociales diminue successivement tandis que la demande de prestations de soins et d'assistance effectuées par les tiers augmente. Compte tenu de ceci, l'élaboration d'un Programme national de soins à long terme est envisagée. En plus, il sera important d'élaborer les standards de procédure

médicale relative aux patients non autonomes, les patients avec l'incontinence urinaire et les standards concernant les soins, le déplacement et l'alimentation.

Les actions pour les personnes âgées sont prévues par le Programme national pour la santé dans le cadre de son objectif opérationnel n° 9: La création des conditions permettant aux personnes âgées de mener une vie saine et active.

Les tâches réalisées par l'administration gouvernementale sont les suivantes:

- la mise en oeuvre des programmes de santé orientés vers la création des conditions d'un style de vie physiquement et psychiquement actif des personnes de plus de 60 ans,
- la création des solutions assurant une assistance aux personnes âgées dans leur milieu de vie, avec le respect de leurs droits et l'assurance de la meilleure qualité possible des prestations de soins et médicales,
- la création des solutions favorables au développement d'un style de vie favorable à la santé: la mise en place des mécanismes économiques encourageant à entreprendre une activité physique individuelle.

Les tâches effectuées par les autorités locales:

- les actions pour la création du milieu de vie favorable à l'âge,
- les formations des personnes ayant un impact direct sur le développement des comportements favorables à la santé des personnes de plus de 50 ans,
- l'activation des milieux locaux dans la mise en oeuvre des actions favorables à la création d'un mode de vie sain de la population des personnes de plus de 50 ans.

Les tâches effectuées par les organisations non gouvernementales:

- la création d'une image positive des personnes âgées dans la société et de leur rôle dans la persistance de cette société ainsi que des possibilités de développement des populations plus jeunes,
- le support aux personnes âgées dans leur pleine participation dans la vie familiale et sociale,
- la création dans les médias d'une image des personnes de plus de 60 ans qui sont actives physiquement, psychiquement et socialement.

Dans les années 2010-2011 le Ministère de la santé a commandé aux organisations non gouvernementales les tâches publiques suivantes qui s'adressent également aux personnes âgées:

- le programme éducatif relatif aux méthodes préventives et des comportements favorables à la santé en matière prophylaxie des maladies cardio-vasculaires, réalisé par l'intermédiaire des médias,
- le programme de support aux personnes atteintes des maladies cancéreuses, lié à un programme de soutien aux membres de leurs familles,
- le programme éducatif relatif à l'augmentation du nombre des prélèvements et des transplantations des cellules, des tissus et des organes,
- le programme d'aide aux personnes handicapées pour compenser la perte de l'habileté due à la lésion, à une maladie ou à l'âge, ayant pour but l'amélioration du fonctionnement de ces personnes et de leurs aidants, réalisé par la réhabilitation, le conseil, les entraînements d'auto-service, le louage des appareils des soins,
- le programme éducatif relatif à la promotion d'un style de vie sain et actif qui s'adresse aux personnes de plus de 70 ans,
- le programme de soutien et d'aide aux membres des familles et des tuteurs des personnes non autonomes, y compris atteints de paraplégie et de la paralysie des membres, ayant pour but l'amélioration de leur fonctionnement, réalisé notamment à la maison.

Exemples des programmes:

- Association Européenne pour la Promotion de l'Activité Physique 50+ (ESPAR 50+) - l'organisation des programmes de récréation pour les adultes et les personnes âgées, la recherche scientifique (l'évaluation de l'efficacité des actions), l'organisation des formations pour les instructeurs,
- « Plus légers à l'automne de la vie » un projet réalisé des ressources du Ministère du sport et du tourisme, la promotion activité physique dans la lutte contre l'obésité des personnes âgées : conférences, un point de consultation de l'alimentation saine, l'activité physique, les indications et les interdictions, un bien-être, le Forum Interactif des Experts, un camp de prophylaxie et de récréation,
- « Stop à la Chute des Seniors » – le projet réalisé avec des fonds du Ministère du sport et du tourisme, la promotion de l'activité physique visant à la prévention des chutes des personnes âgées: un camp de 2 semaines, un programme de 4 mois d'exercices physiques, y compris un entraînement relatif à l'équilibre et la prophylaxie de la surcharge pondérale,
- le Programme d'Activisation des Seniors: « Ja! - PAS-JA! », réalisé en 2009 à Varsovie, dès 2010 à l'échelle nationale; il a pour objectif la promotion de l'activité physique des personnes âgées (60+), les participants du programme ont participé dans les conférences avec des spécialistes et aux cours de gymnastique et de Nordic Walking.
- PRO Femmes 50+ - un programme pour les femmes ayant de 45 au 60 ans, professionnellement actives et inactives, en 2010 a été réalisé un programme pilote dans 4 villes, en 2011 a été lancée la 11^{ème} édition du programme dans 11 localisations (les villes, les villages, la campagne, 260 participantes); l'objectif consiste à augmenter l'activité physique, la promotion de l'alimentation saine, l'amélioration du bien-être; la structure du programme: 1^{ère} étape - promotion, 2^e étape – un cycle de conférences et d'exercices physiques, 3^{ème} étape: la formation des Femmes Leaders en Activité Sportive.
- Seniorada – un pic-nique pour les seniors organisé dès 2007; les organisateurs du pic-nique sont ESPAR 50+, les étudiants de troisième de l'AWF Varsovie de la spécialisation de kinezygerontoprophylaxie et les Étudiants de l'Université du troisième âge d'AWF; dans le programme du pic-nique: la partie « Dbam » (en français: « *Je prends soin* ») – le conseil, « Gram » (en français: « *Je joue* ») – les jeux et les compétitions de récréation, « Bawię się » (en français : « *Je m'amuse* ») – les animations, « Podziwiam » (en français – « *J'admire* ») les animations, les démonstrations, « Relaksuję się » (en français: « *Je me détends* ») – repos avec un verre de thé, « Maszeruję » (en français: « *Je marche* ») – un raid Nordic Walking.

3) Les données statistiques et toutes les autres informations pertinentes, y compris les informations concernant les prestations dans la matière du conseil et des tests de dépistage dans les écoles et auprès de l'autre partie de la société.

Le pourcentage des élèves, chez lesquelles ont été effectués les tests de dépistage

2008/2009	2009/2010		2010/2011	
au total	campagne	ville	campagne	Ville
90%	90%	99%	91%	99%

Nombre de consultations de prophylaxie administrés aux femmes enceintes, en mille

2008	2009	2010	2011
324,8	111,1	66,3	pas de données

Le règlement du Ministre de la santé du 23 septembre 2010 sur les standards relatifs aux soins et sur la procédure médicale à suivre pour les soins pendant la période périnatale administrés aux femmes au cours de grossesse physiologique, l'accouchement physiologique, du post-partum et les soins aux nouveaux-nés a changé des principes d'accorder des soins aux femmes durant la grossesse. Auparavant pour ces soins étaient responsables les unités de soins

primaires; suite au règlement de 23 septembre 2010 ces soins sont assurés par des unités spécialisés.

La diminution du nombre de consultations en 2010 par rapport au 2009 est la suite de ce changement organisationnel. Suivant les anciennes dispositions les femmes contactant leur médecin de famille ou le médecin de soins primaires mais qui n'étaient pas enceintes étaient recensées comme femmes demandant des conseils prophylactiques pour des femmes enceintes.

Nombre d'accouchements, ventilés par le lieu d'accouchement

	Hôpitaux*	Chambre d'accouchement	Autres lieux, avec assistance du professionnel	Autres lieux, sans assistance du professionnel	Total
2008	413.910	290	1.685	552	416.437
2009	417.683	578	421	455	419.337
2010	414.152	0	469	399	415.030
2011	389.227	0	432	410	390.069

*Hopitaux généraux et hôpitaux cliniques, total

Dans les années 2009-2011 la KRUS, en coopération avec l'Institut de physiologie et de pathologie de l'audition et l'Association des amis des personnes sourdes et qui entendent mal « Człowiek-Człowiekowi » (en français: « *Les gens pour les gens* »), a réalisé un « Programme des tests de dépistage des troubles de l'audition chez les enfants à l'âge scolaire des terrains ruraux ». L'objectif de ce programme était le dépistage précoce des troubles de l'audition chez les enfants les plus jeunes d'âge scolaire, et de leur donner la possibilité, dans le cadre du NFZ, de traitement spécialisé et de réhabilitation. Les actions avaient pour but d'augmenter les opportunités d'éducation et de développement pour les enfants ayant les troubles de la communication. Les recherches ont été financés des moyens non budgétaires de l'IFiPS, du SPONIN et du Fond de cotisations. Des tests gratuits de dépistage de l'audition réalisés, outre les soins médicaux financés par les ressources publiques, ont bénéficié 300.000 enfants âgés de 7 à 12 ans. Pendant le dixième Congrès de la Fédération européenne des sociétés d'audiologie qui s'est déroulé en mai 2011 a été signé un consensus scientifique européen « Les tests de dépistage de l'audition, de la vision et du langage chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire ».

Questions additionnelles

1/ Informations détaillées relatives aux tests diagnostiques prévus par le règlement du Président du Fonds national pour la santé no 25 69/2007/DSOZ du 25 septembre 2007 relatif à l'établissement de conditions de conclusion et de la mise en oeuvre des accords sur la fourniture des soins de santé du genre des soins primaires – type des examens, conditions d'accessibilité, étendue de réalisation (s'ils couvrent réellement la population entière).

En 2011, 36.942.168 personnes ont été couvertes par les soins primaires, ce qui est égal à la population de la République de Pologne.

Groupe d'examen		2008	2009	2010
Examens hématologiques	une numération-formule sanguine	7.381.017	8.680.016	8.619.513
	la numération plaquettaire	3.620.976	4.173.770	4.035.557
	réticulocytes	602.056	615.594	622.847
	la vitesse de sédimentation (VS)	4.210.769	4.923.445	4.734.857
	taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c)	x	154.690	245.589
Au total		15 814.818	18.547.514	18.258.363

Examens biochimiques et immunochimiques sur le sérum de sang	sodium	1.470.598	1.788.893	1.953.168
	potassium	1.746.328	2.270.596	2.453.310
	calcium total	231.482	376.631	291.417
	fer	751.072	867.462	969.875
	concentration en transférine	26.508	91.118	35.765
	urée	795.615	995.656	1.186.043
	créatinine	1.963.715	2.585.273	2.910.429
	glucose	6.713.909	7.446.266	7.357.602
	test oral de tolérance au glucose	195.650	596.200	271.446
	protéines totales	118.445	139.816	127.111
	protéinogramme	35.722	38.151	37.734
	albumines	21.715	24.816	26.624
	acide urique	670.233	897.564	957.043
	cholestérol total	4.082.172	4.729.047	5.000.720
	cholestérol HDL	2.289.963	3.072.690	3.212.639
	cholestérol LDL	1.984.738	2.650.441	2.887.287
	triglycérides (TG)	2.834.014	3.596.297	3.799.781
	bilirubine totale	593.065	891.692	733.052
	bilirubine directe	32.929	62.908	41.803
	phosphatase alcaline (PAL)	153.946	181.511	228.291
	aspartate aminotransférase (AST)	1.668.960	2.078.550	2.183.392
	alanine aminotransférase (ALT)	2.026.443	2.649.004	2.761.032
	gamma glutamyl transpeptidase (GGT)	261.476	463.744	420.562
	diastase	224.682	299.606	282.989
	créatine kinase (CK)	64.135	100.902	98.167
	phosphatase acide totale (PAT)	11.676	20.673	17.541
	facteur rhumatoïde (FR)	228.195	277.869	300.321
titre de l'antistreptolysine O (ASOT)	207.360	243.849	220.794	
hormone thyroïdienne (TSH)	1.715.596	2.173.650	2.464.503	
antigène HBs-AgHBs	174.503	340.954	200.378	
VDRL	141.834	112.682	83.214	
Au total		33.436.679	42.064.505	43.514.033
Examens de l'urine	examen général de l'urine avec l'examen microscopique du contenu	6.033.830	7.060.981	6.913.305
	détermination quantitative des protéines	614.958	772.199	783.422
	détermination quantitative du glucose	629.469	770.982	779.506
	détermination quantitative du calcium	90.906	149.922	179.973
	détermination quantitative du glucose de la diastase	97.749	131.348	141.342
Au total		7.466.912	8.885.431	8.797.548
Examens des fèces	examen général	180.674	213.671	193.320
	vermine	473.646	565.206	538.839
	sang occulte - méthode immunochimique	120.194	166.190	177.596
Au total		774.514	945.066	909.755
Examens système de solidification	taux de prothrombine (INR)	1.819.884	2.352.455	2.489.012
	temps de céphaline activée (APTT)	260.755	322.839	309.459
	fibrinogène	69.123	90.882	92.015
Au total		2.149.762	2.766.176	2.890.486
Examens microbiologiques	urinoculture avec antibiogramme	301.237	363.429	363.655
	culture du frottis de gorge	118.660	141.854	129.321
	coproculture standard comprenant la recherche de Salmonella spp, de Shigella spp	33.722	38.435	36.852

	protéine C Réactive (CRP)	663.227	985.162	1.140.527
Au total		1.116.846	1.528.879	1.670.355
Examen électrocardiographique (EKG) de repos		3.957.741	4.255.495	4.334.060
examen ultrasonographique (USG) de l'abdomen		1.403.363	1.893.951	1.597.357
Les radiographies	la radiographie pulmonaire en position AP et latérale	1.319.341	1.573.760	1.499.557
	la radiographie des os - dans le cas de la colonne vertébrale en position AP et latérale (la colonne vertébrale entière)	117.688	160.705	136.800
	la radiographie des os - dans le cas de la colonne vertébrale en position AP et latérale (des tronçons)	944.148	955.567	920.885
	la radiographie des os - dans le cas de la colonne vertébrale – membres en position AP et latérale	800.681	809.110	838.656
	la radiographie des os - dans le cas du pelvis en position AP et latérale	125.795	143.682	125.778
	la radiographie de la crâne en position AP et latérale	43.250	48.228	42.081
	la radiographie des sinus en position AP et latérale	160.296	177.578	158.208
	la radiographie de revue de l'abdomen	29.900	27.864	36.669
Au total		3.541.099	3.896.492	3.758.634
Le nombre total des examens effectués		69.661.734	84.783.507	85.730.591

2/ L'impact de la réalisation des solutions contenues dans le règlement du Ministre de la santé du 21 décembre 2004 relatif à la portée des soins de santé, y compris les tests de dépistage et les périodes dans lesquelles ces tests sont menés sur la santé des femmes enceintes et la mortalité maternelle (le Comité d'experts indépendants a souligné l'augmentation de la mortalité des femmes – selon les données de l'OMS: en 2002 on a noté 5.4 par 100.000 accouchements d'enfants nés vivants, en 2005 on en a noté 8).

Jusqu'au 31 août 2009 l'étendue des soins apportés aux femmes enceintes, y compris les délais des examens médicaux effectués, a été régi par le règlement du Ministre de la santé du 21 décembre 2004 relatif à la portée des soins de santé, y compris les tests de dépistage et les périodes dans lesquelles ces tests sont menés. En vertu du règlement du Ministre de la santé du 29 août 2009 relatif aux prestations garanties des soins spécialisés médicaux, l'assistance aux femmes enceintes a été classée comme prestations garanties.

Le 23 septembre 2010 a été adopté le règlement du Ministre de la santé sur les standards relatifs aux soins et sur la procédure médicale à suivre pour les soins pendant la période périnatale administrés aux femmes au cours de grossesse physiologique, l'accouchement physiologique, du post-partum et les soins aux nouveau-nés. Le règlement prend en compte les lignes directrices de l'Organisation Mondiale de la Santé, l'expérience médicale et les expériences polonaises en matière des soins apportés à la mère et à l'enfant. L'objectif du standard introduit consiste à encadrer la grossesse et l'accouchement de manière garantissant un bon état de santé de la mère et de l'enfant tout en minimisant les interventions médicales. Ceci doit mener à la réduction de la médicalisation de l'accouchement physiologique, tout en respectant des droits du patient, à l'application des règles des soins périnataux de trois degrés et à l'optimisation des frais des soins. Ce règlement recommande, entre autres, l'étendue des prestations de prophylaxie, des actions relatives à la promotion de la santé ainsi que des tests diagnostiques et des consultations médicales effectuées chez les femmes pendant la grossesse. L'étendue des prestations médicales recommandées chez les femmes enceintes a été élargie par rapport à l'étendue de ces prestations résultant du règlement du Ministre de la santé du 21 décembre 2004 relatif à la portée des soins de santé, y compris les tests de dépistage et les périodes dans lesquelles ces tests sont menés – entre autres la fréquence de l'exécution de l'examen d'ultrasonographie a été augmentée.

Les soins prophylactiques pour les femmes enceintes devraient se composer d'au moins de 7 actes de consultation du médecin jusqu'à la 39^{ème} semaine de grossesse, au-delà de la 40^{ème} semaine de grossesse l'examen médical doit être effectué tous les 2-3 jours. Deux de ces consultations devraient avoir lieu au premier trimestre de la grossesse. La consultation englobe: l'examen général, l'examen gynécologique, les mesures anthropométriques, la mesure de la tension artérielle, l'évaluation du risque des complications de la grossesse et d'autres examens analytiques; dans les mois suivants: l'examen de l'activité cardiaque du fœtus et l'examen de la mobilité du fœtus. Dans le cas de la grossesse compliquée, la portée des examens est adaptée aux besoins individuels.

Un problème important est que les soins prophylactiques commencent d'être fournis aux femmes enceintes trop tard. En fait il y a le nombre suivant des consultations par une femme enceinte: 2008 – 5,5 consultations, 2009 – 5,7 consultations, 2010 - 5, 2 consultations. À la fin de la 10^{ème} semaine de grossesse des consultations ont profité en 2008 – 56% femmes, en 2009 – 58% et en 2010 – 61%. La fréquentation plus élevée des services de soins prénatals par les femmes avant la fin de la 10^{ème} semaine de grossesse va résulter de l'entrée en vigueur du règlement du Ministre de la santé du 14 septembre 2010 relatif à la forme des soins médicaux pour les femmes enceintes qui donne droit à une prime à la naissance au titre de la naissance de l'enfant et au modèle d'une attestation confirmant que l'enfant reste sous la tutelle de sa mère. En vertu du règlement pour que le versement de la prime puisse avoir lieu doivent être documentés les soins médicaux au plus tard à compter du 10^{ème} semaine de grossesse.

Article 11§3

1) Pour les Etats qui n'ont accepté ni le paragraphe 1 ni le paragraphe 2, prière de décrire la politique générale de santé publique et le cadre juridique général. Prière d'en spécifier la nature, les raisons et l'étendue de toute réforme.

et

2) Prière d'indiquer les mesures (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) prises afin de mettre en œuvre la politique de santé publique et le cadre juridique.

Durant la période couverte par le présent rapport ont été publiés:

- le règlement du Conseil des Ministres du 14 octobre 2008 sur les droits relatifs à l'utilisation de l'environnement,
- le règlement Ministre de l'environnement du 24 juin 2008 sur les catégories de déchets dont le transport en vue d'élimination est interdit,
- le règlement Ministre de l'environnement du 4 novembre 2008 sur les exigences en matière de mesurage de l'émission et des mesurages de la quantité de l'eau prélevée,
- le règlement Ministre de l'environnement du 23 juillet 2009 sur le mode de soumission au maréchal de la voïvodie des informations concernant la présence des substances présentant un danger particulier pour l'environnement.

L'Inspecteur Sanitaire Général effectue les tâches résultant:

- de la loi du 14 mars 1985 sur l'Inspection Sanitaire Nationale,
- de la loi du 5 décembre 2008 sur la prévention et la lutte contre les infections et les maladies humaines contagieuses,
- du règlement du Ministre de la santé du 18 août 2011 sur la vaccination préventive obligatoire,
- du règlement du Ministre de la santé du 16 septembre 2010 sur le répertoire de la vaccination préventive ainsi que sur le mode de financement des vaccinations préventives recommandées requises par les régulations sanitaires internationales et de sa

documentation,

- du règlement du Ministre de la santé du 15 novembre 2010 sur la procédure de la transmission des vaccins aux prestataires effectuant la vaccination préventive obligatoire et le mode de conservation de vaccins constituant une réserve nationale pour la lutte contre les épidémies,
- du règlement du Ministre de la santé du 21 décembre 2010 sur les réactions post vaccination indésirables et les critères de leur discernement,
- du règlement du Conseil des Ministres du 3 janvier 2012 sur le répertoire des types des activités professionnelles et des vaccinations préventives recommandées à effectuer chez les salariés, fonctionnaires, soldats ou inférieurs, embauchés ou désignés à exercer ces activités,
- du Communiqué de l'Inspecteur Sanitaire Général portant sur le Programme de la vaccination préventive (le Communiqué est élaboré annuellement et publié dans le Journal Officiel du Ministre de la santé).

Dans les années 2008 - 2011 l'Inspection sanitaire nationale a poursuivi ses actions visant à élargir les groupes des enfants soumis à des vaccinations obligatoires et vaccinations recommandées contre les nouvelles maladies contagieuses, ainsi qu'ayant pour l'objectif l'amélioration du déroulement du processus de la vaccination préventive. Elle a surveillé l'organisation des vaccinations, y compris la distribution des vaccins, compte tenu de la situation courante épidémiologique et le reporting, y compris les analyses et les simulations du déroulement de la vaccination préventive.

En 2011 a été mis en oeuvre, dans le cadre du service de vaccinations préventives de l'Inspection Sanitaire Nationale, un système électronique de surveillance de la distribution des préparations des vaccins et du stock, englobant aussi le suivi des réactions post vaccination indésirables et du déroulement du processus de la vaccination préventive obligatoire. Le système facilitera des actions en matière de l'utilisation courante et la mise en disposition des préparations des vaccins ainsi que permettra d'effectuer une surveillance continue du déroulement de la vaccination.

La Pologne, comme d'autres pays, a développé le système de la vaccination préventive générale, qui permet de remédier de manière efficace au développement des maladies contagieuses dangereuses. Le système est modifié de façon continue et adapté à la situation épidémiologique qui évolue et au savoir médical actuel. La résistance, dans une situation où plus de 90% de la population est vaccinée, est susceptible de prévenir le développement épidémiologique des infections. Un tel niveau et un niveau plus élevé ont été obtenus dans les années 2008-2011 en ce qui concerne toutes les vaccinations obligatoires des enfants et des adolescents. Dans la population des enfants et des adolescents de 0 à 19 ans le niveau de la résistance dans les années 2008-2011 a atteint entre 95% et 99,9%. Le déroulement de la vaccination préventive obligatoire se maintient à un niveau haut, comme prévu, à savoir de plus de 90%.

Les modifications du programme sont précédées d'une analyse de la situation épidémiologique des maladies contagieuses choisies contre lesquelles la vaccination préventive obligatoire est menée. Par ailleurs, parmi les facteurs déterminant les modifications il y a les tendances dans le domaine de la vaccinologie moderne qui se focalisaient notamment sur l'application des vaccins polyvalents, à un niveau fort de combinaison, les recommandations de l'OMS concernant aussi bien les types suggérés à l'application des vaccins, que la compatibilité des schémas de la vaccination préventive obligatoire avec les programmes élaborés par cette organisation relatifs à l'extirpation des maladies contagieuses dans le monde.

Parmi les modifications les plus importantes au programme, il y a:

- l'introduction en 2008 de la vaccination contre le pneumocoque et contre la varicelle dans les groupes à risque ainsi qu'on a élargi l'étendue des vaccinations recommandées d'un vaccin contre le virus de papillome humain,
- en 2010 on a maintenu les vaccinations contre l'hépatite B à l'âge de 14 ans uniquement chez les personnes n'ayant pas été vaccinées dans le cadre des vaccinations obligatoires ou recommandées, on a détaillé les informations concernant l'application chez les enfants de plus de 10 ans n'ayant pas reçu deux doses du vaccin combiné contre rougeole-rubéole-oreillons (MMR) de l'obligation de compléter la dose manquante au plus tard à l'âge de 19 ans, on a renoncé à l'application anti-toxine tétanique compte tenu de sa réactivité élevée,
- l'introduction en 2011 des vaccinations contre le pneumocoque dans les groupes à risque élargis, y compris les enfants nés prématurément, et contre la varicelle dans les groupes à risque élargis, y compris pour des raisons environnementales.

Les modifications apportées au programme ont permis de mettre en œuvre le procédé d'unification du calendrier des vaccinations avec des schémas en vigueur dans la plupart des états européens.

Dans les années 2008-2011 l'Inspectorat Sanitaire Général a mis en relief les tâches relatives à la protection de la santé publique contre les infections et les maladies contagieuses, y compris par la surveillance de la situation épidémiologique en matière des infections et des maladies contagieuses et la mise en œuvre des actions pour la lutte contre les épidémies. Les actions pour la lutte contre les épidémies sont entreprises de routine, ainsi que compte tenu des problèmes croissants dus aux maladies contagieuses, y compris les maladies d'origine animale, p.ex. une épidémie des infections par des bactéries *Escherichia coli* (2011), et les maladies telles que la tuberculose, la rougeole ou la poliomyélite, dans le cas desquelles on observe une situation toujours instable dans le monde. Un caractère exceptionnel ont eu les actions entreprises dans les années 2008-2010: l'élimination des foyers localisés et des épidémies de méningococcie invasive et la lutte contre la pandémie de la grippe AH1N1v.

Dans les années 2010 – 2011 a été réalisé un Programme pilote de Prophylaxie HCV « STOP! HCV », constituant la continuation du Programme de Prophylaxie HCV « Il est possible de vaincre HCV » réalisé dans les années 2005-2006. Leur effet a été important, puisque il a permis d'augmenter d'environ de 40% des déclarations des cas des infections par rapport au nombre des déclarations présentées auparavant. Actuellement est envisagée la réalisation d'un projet éducatif et d'information qui fera partie du Programme de la coopération entre la Suisse et la Pologne « La Prévention des infections HCV », en collaboration avec NIZP-PZH. Par ailleurs, l'Inspecteur Sanitaire Général a coopéré avec le Fonds national pour la santé dans le but d'élaborer un «Programme des Testes de Dépistage dans l'hépatite de type C ».

La surveillance de la situation épidémiologique dans les unités de soins médicaux a été coordonnée dans un contexte de la lutte contre la présence des infections dans les hôpitaux, en vertu des rapports annuels concernant la présence des facteurs d'alerte et des foyers épidémiologiques. La surveillance des infections dans les hôpitaux a été effectuée sur la base des contrôles effectués dans les unités de soins médicaux, à l'aide des formulaires de contrôle unifiés.

Une des mesures pour réagir au danger à la santé publique résultant des maladies contagieuses à caractère épidémique qui apparaissent chez le hommes, chez les animaux domestiques et sauvages ainsi que résultant des facteurs biologiques qui apparaissent dans l'environnement et pouvant être apportés par les membres des missions militaires à l'étranger ou par les réfugiés, est la coopération avec les offices et les institutions (le Ministère de la santé, l'Inspection sanitaire militaire, L'Inspection nationale sanitaire, le Ministère de l'intérieur et de l'administration, l'Inspection vétérinaire, l'Inspection nationale de la protection de l'environnement, les institutions spécialisées de diagnostic et de traitement des maladies

contagieuses, des centres nationaux de référence en matière du diagnostic des maladies contagieuses, l'Institut national de la santé publique – l'Institut national de l'hygiène, l'Institut national des médicaments, la Clinique des maladies vénériques de l'hôpital clinique Enfant Jésus – Centre de traitement des lésions à Varsovie, l'Institut de tuberculose et des maladies pulmonaires à Varsovie, l'Institut militaire de l'hygiène et de l'épidémiologie, le Service des douanes, le Centre gouvernemental de sécurité) et les experts dans le domaine de la lutte et de la prévention des maladies contagieuses. Par ailleurs, une collaboration avec les réseaux internationaux de la surveillance épidémiologique est mise en oeuvre – le Centre Européen de Contrôle des Maladies Contagieuses (ECDC), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les instituts scientifiques nationaux et étrangers agissant dans le domaine de la santé publique, de l'épidémiologie des maladies contagieuses et des laboratoires microbiologiques de référence.

Il fonctionne, au sein de l'Inspectorat Sanitaire Général, un point de Contact du Système Précoce d'Avertissement et de Réaction. Son activité comprend la collecte et l'échange entre les états membres de l'UE des informations pertinentes pour la prévention et la lutte contre les infections et les maladies contagieuses humaines.

3) Prière de fournir les données statistiques ou toutes autres informations pertinentes sur la proportion de fumeurs des cigarettes par rapport à l'ensemble de la population, sur l'évolution de la consommation d'alcool, ainsi que sur les taux de couvertures vaccinales pour les maladies infectieuses et épidémiques.

Les informations concernant la lutte contre le tabagisme – voir la réponse à la question additionnelle numéro 4.

Les informations concernant la lutte contre l'alcoolisme – voir la réponse à la question additionnelle numéro 5.

Le taux de couverture vaccinale pour les vaccinations obligatoires dans la population en 2008 - 95%.

Le taux de couverture vaccinale pour 2010 pour les maladies suivantes:

- la diphtérie/le tétanos: 95%;
- la coqueluche: 96%;
- la rougeole/les oreillons/la rubéole: 99%;
- la poliomyélite: 96%;
- l'hépatite B chez l'enfant: 99,7%;
- la tuberculose: 94%;
- l'haemophilus influenzae de type b: 98,1%.

Questions additionnelles

1/ Les résultats des examens concernant la pollution de l'air dans la période couverte par le rapport. Les actions entreprises en vue de l'élimination des dépassements.

Dans les années 2008–2009 la zone dans laquelle a été effectué l'évaluation de la qualité de l'air était une agglomération de plus de 250 mille d'habitants, un powiat ou un groupe de powiats. Dans le pays il y avait 170 de telles zones. Dès 2010 la zone est une agglomération de plus de 250 mille d'habitants (12), une ville de plus de 100 mille d'habitants (18) et la superficie restante de la voïvodie qui n'entre pas dans la composition des agglomérations et des villes de plus de 100 mille d'habitants (16). Vu ceci, dès 2010 il existe 46 zones.

L'appréciation de la qualité de l'air effectuée par l'Inspection de protection de l'environnement dès 2003 démontre les dépassements des pollutions, essentiellement de la poussière PM10, dans certaines zones. Malgré les actions de prévention le dépassement se

maintient, la dernière appréciation de la qualité de l'air pour 2010 a démontré le dépassement dans 42 zones des niveaux admissibles de PM10 (parmi 46) et dans 38 zones des niveaux définitifs du benzopyrène (parmi 46).

Les secteurs suivants ont l'influence la plus importante sur la qualité de l'air: communal, le transport et l'industrie. Pour le secteur communal les dépassement des niveaux admissibles de la poussière PM10 et du benzopyrène est dû à la structure carburante et énergétique du pays fondée sur la houille et le lignite.

Une des raisons de la mauvaise qualité de l'air dans les zones est l'émission non organisée. Dans le cas de l'émission organisée provenant des sources industrielles sont accessibles certaines formes habiles et efficaces de recouvrement des obligations existantes et de l'addition des obligations supplémentaires, dans le cadre des autorisations. Cependant, dans le cas de l'émission non organisée provenant des sources de pollution diffuse (secteur de l'agriculture, de sylviculture, communal) et linéaires (routes, rues) la réglementation de ces domaines et leur contrôle s'avèrent difficiles. Par ailleurs, il existe une émission naturelle, telle que l'érosion des sols, la fleuraison et les poudres des plantes, les incendies, sur lesquels l'homme n'a pas d'influence.

Les modifications de la loi du 27 avril 2001 le Droit de la protection de l'environnement qui sont en cours serviront de base pour l'élaboration d'un Programme national de protection de l'air. Dans le cadre du programme la promotion des solutions suivantes est prévue:

- l'introduction des technologies nouvelles d'émission basse - dans le système de transport public et des services urbains,
- la possibilité d'effectuer un contrôle des foyers et des chaufferies individuelles domestiques et d'infliger les amendes en cas de brûler les déchets ou les combustibles de qualité plus mauvaise que la qualité requise,
- l'imposition, dans les villes, pour le gérant de la route, de l'obligation de nettoyer les rues au mouillé,
- l'imposition de l'obligation de l'émission des avis relatifs aux ligne directrices des plans d'approvisionnement de la chaleur, en énergie électrique et en combustibles gazeux, en matière de la compatibilité aux stipulations des programmes de protection de l'air,
- l'insertion dans les plans communaux de développement des clauses déterminent le mode préféré de chauffage du bâtiment,
- l'établissement des zones de l'émission réduite des moyens de transport.

Le Fonds national pour la protection de l'environnement et de l'eau a élaboré un programme de financement prioritaire des actions consistant en remplacement ou en modernisation de vieux foyers ou des chaufferies au charbon.

Conformément à la loi le Droit de la protection de l'environnement, dans les zones où a été constaté le dépassement des niveaux admissibles et définitifs des pollutions de l'air il existe une obligation d'entreprendre des actions sous forme de programme de protection de l'air. Ces tâches sont exécutées par les maréchaux de voïvodie qui élaborent le projet du programme adopté par voie de résolution du sejmik de la voïvodie. Par ailleurs, sont élaborés, dans les communes et dans les powiats, les programmes de protection de l'environnement liés à des plan communaux de développement. Chaque plan contient un calendrier de réalisation et une évaluation de l'impact. Par ailleurs, sont élaborés les programmes locaux de réduction de l'émission faible. Le programme correctionnel de protection de l'air est intégré avec d'autres programmes et plans approuvés pour une zone donnée. Ceci résulte de la nécessité de lier des actions destinées à la réduction des dépassements admissibles des niveaux de substances au mode de l'aménagement du territoire (les plans de l'aménagement du pays) et aux conditions locales topographiques et météorologiques en vigueur sur un terrain donné (la couverture du terrain, la possibilité de l'aérer). Les possibilités de modifier l'émission des pollutions (p.ex. provenant des foyers domestiques individuels ou des moyens de transport)

dépendent fortement des stipulations contenues dans les plans communaux de développement ainsi que des plans et des possibilités de développement des réseaux énergétiques et de gaz, des investissements et de possibilités financières des autorités locales et des opérateurs économiques.

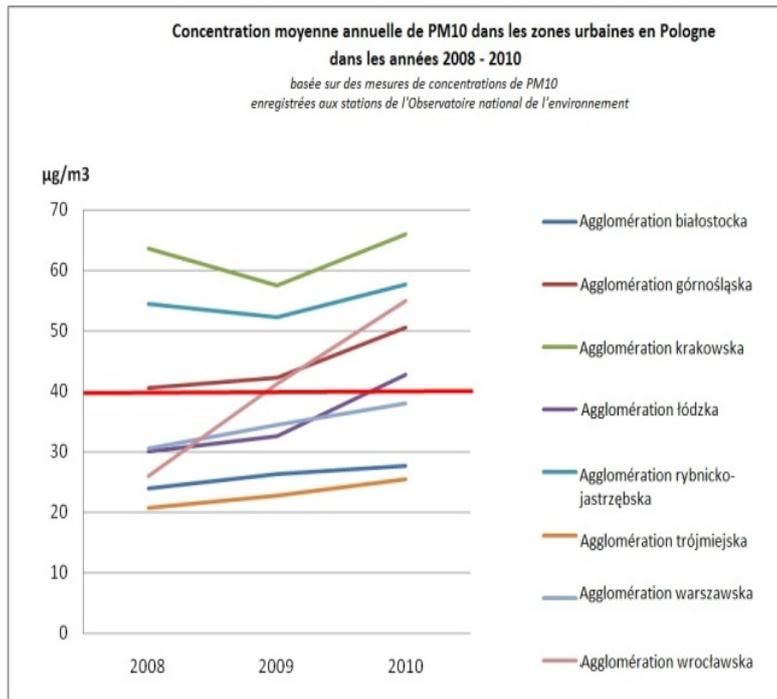
Parmi les principales démarches entreprises dans le cadre des programmes de protection de l'air se trouvent:

- en matière de réduction de l'émission de la pollution diffuse (une émission faible et dispersée, communale et technologique):
 - la prise en compte dans un document intitulé: «Etude des conditions et des orientations de l'aménagement du territoire » et dans le plan communal de développement la mode de l'aménagement et de la gestion du territoire qui permettent de réduire l'émission de la poussière PM10 par la modification de la destination des sols dans les endroits où auparavant il y avait des bâtiments destinés aux espaces verts, passages, places, l'élargissement et la construction de nouvelles routes et autres formes de l'utilisation de l'espace,
 - inclusion des systèmes de chauffages de bâtiments dans les systèmes centralisés de chauffage,
 - s'il n'y avait pas de possibilité de connecter les ouvrages au réseau de chauffage – l'établissement de la manière d'approvisionnement en la chaleur avec la préférence pour les facteurs de chauffage suivants: le gaz, l'huile à chauffage léger, énergie électrique, énergétique renouvelable,
 - application dans les chaufferies au charbon, jusqu'au moment de leur remplacement par un système centralisé ou par la modernisation et l'utilisation de chaudières modernes d'émission faible, des carburants à basse concentration des cendres,
 - modernisation des systèmes centraux d'alimentation en énergie thermique,
 - passage d'un type de carburant à un autre, à basse concentration des cendres ou application de l'énergie électrique et des sources d'énergie renouvelables individuelles
 - diminution de besoins en énergie thermique par la réduction des pertes de chaleur - modernisation thermique des bâtiments,
 - réduction de l'émission des sources technologiques basses,
 - modification de la technologie et des matières premières appliquées dans l'artisanat, les services et la production à petite taille qui influence la réduction de l'émission de la poussière;
- en matière de la réduction de l'émission des sources pertinentes ponctuelles – énergétiques la combustion carburants:
 - réduction du volume d'émission des particules en suspension PM10 par le pilotage optimal du processus de la combustion et l'augmentation du rendement du processus de la production de l'énergie,
 - passage d'un type de carburant à un autre, à une concentration des cendres moins élevée,
 - application des techniques garantissant la diminution de l'émission des substances polluantes de l'air, application des techniques de confinement des poussières des gaz d'échappement à une efficacité élevée,
 - utilisation plus large des sources de l'énergie renouvelables,
- en matière de la réduction de l'émission provenant des sources ponctuelles – sources technologiques:
 - application des techniques de confinement des poussières des gaz,

- modification de la technologie de fabrication, y compris la suppression de sources d'émission importante de la poussière,
- modification du profil de la fabrication qui influence la réduction de l'émission de la poussière,
- en matière de l'éducation écologique et de la publicité:
 - la formation des comportements sociaux par la mise en relief de la nécessité d'économiser l'énergie thermique et électrique et d'informer la société des conséquences préjudiciables de la combustion carburants de qualité basse,
 - mise en oeuvre des action éducatives visant à informer la société les conséquences préjudiciables de la combustion déchets, et les procès-verbaux pour la combustion des déchets, infligés par la police ou la police municipale dans les villes,
 - information de la société des profits résultant de l'utilisation d'un réseau thermique centralisé, de la modernisation thermique et des autres actions liées à la réduction de l'émission basse,
 - la promotion sources de chaleur modernes et d'émission basse,
 - assistance aux démarches consistant en la publicité et en d'autres types de promotion des biens et des services propageant un modèle de consommation conforme aux principes du développement durable, y compris en matière de protection de l'air.

Dans les années 2008-2011 ont été menés les études et ont été effectués les évaluations de la qualité de l'air dans le cadre de l'Observatoire national de l'environnement (en polonais: *Państwowy Monitoring Środowiska*): les concertations du dioxyde de soufre et du dioxyde d'azote; du monoxyde d'azote, de benzène, de charbon, d'ozone, de particules en suspension PM10 (à partir de 2010 de la poussière PM2,5) dans l'air ainsi que les mesurages du plomb, de l'arsenic, de cadmium, du nickel et du benzopyrène dans la poussière PM10. Sur la base des résultats des mesurages, si un dépassement des normes de la qualité de l'air est constaté, elles sont classés parmi les zones destinées à y mettre en oeuvre les programmes de protection de l'air.

Dans les années 2008-2010 a été constaté le dépassement des normes pour toutes les pollutions excepté Pb, Cd i NOx (dans le cas de certaines d'elles ce n'étaient que des zones et des années uniques, dans d'autres cas des zones importantes du pays où les dépassements étaient enregistrés en permanence). Le principal problème constitue la pollution par la poussière PM10, et puis B(a)P et O3, à partir de 2010 PM2,5.

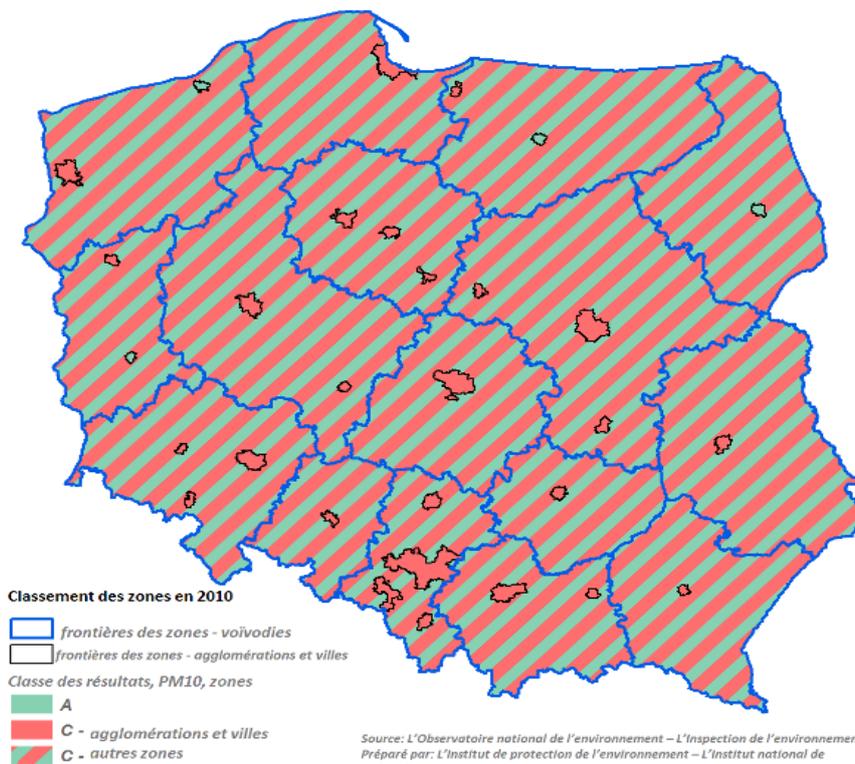


en rouge a été marqué le niveau admissible de la concentration annuelle de la poussière PM10 (40µg/m3)

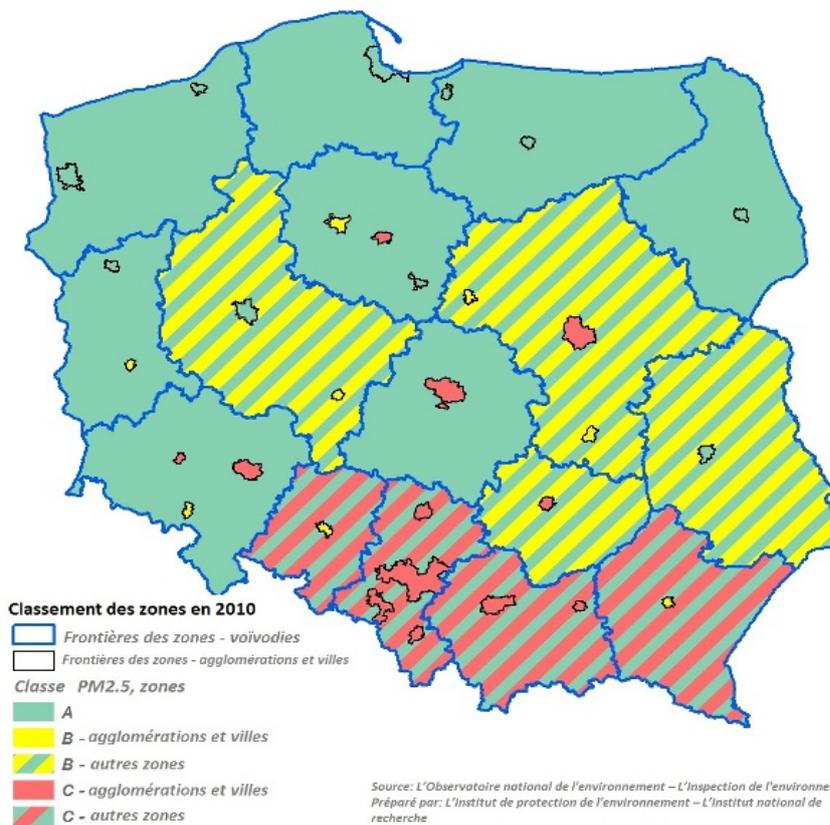
La variation des concentrations des pollutions dépend essentiellement des conditions météorologiques et de l'intensité de la combustion des carburants. Le problème essentiel est l'émission des pollutions provenant des sources communales (à faible émission). L'autre problème le plus important est l'émission provenant des sources linéaires.

Dans l'appréciation de la qualité de l'air pour 2010 on a constaté le dépassement des valeurs normatives dans 45 zones sur 46 zones soumises à l'évaluation en raison de la protection la santé par rapport aux 8 substances (de 12). En plus, à savoir 42 sur 46 zones avec le dépassement des valeurs normatives ont été identifiées en raison du dépassement de la valeur de critère pour des particules en suspension PM10 (et notamment le dépassement du niveau admissible pour les concentrations de 24 heures, et parfois aussi le niveau admissible pour les concentrations moyennes par année). Les autres pollutions étaient: benzopyrène (38 zones C sur 46) et les particules en suspension PM2,5 (16 zones C sur 46). Actuellement il est difficile de satisfaire aux normes obligatoires nationales et de l'UE relatives à cette pollution, parce que aussi bien les particules en suspension PM que le benzopyrène résulte de processus de la combustion, y compris dans les ménages.

Classement des zones pour la poussière PM10 sur la base de l'évaluation de la qualité de l'air pour l'année 2010 (classe des résultats, protection de la santé)

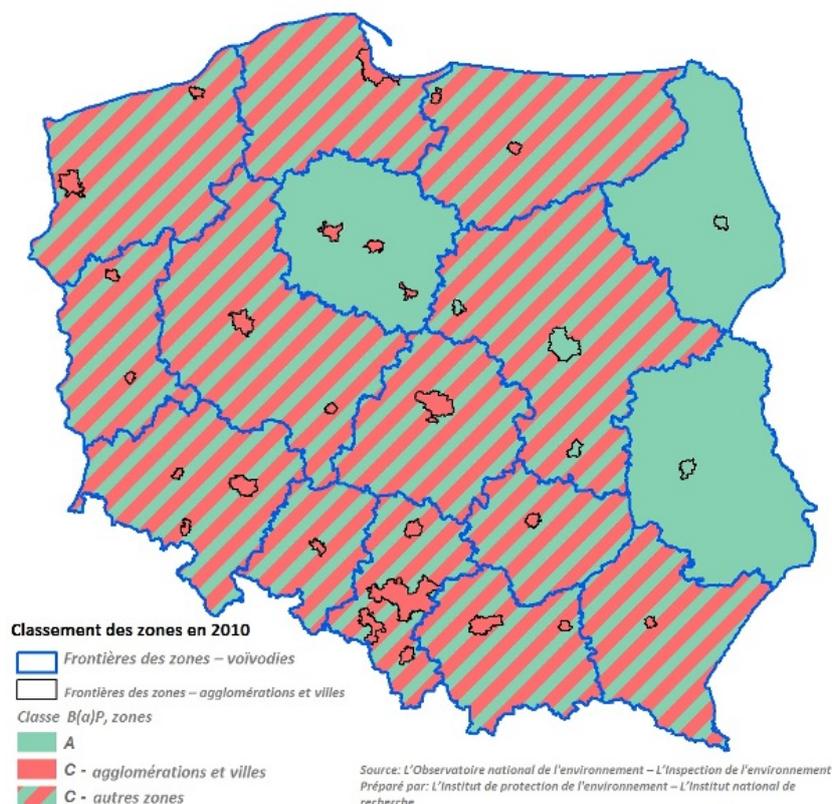


Classement des zones pour la poussière PM2,5 sur la base de l'évaluation annuelle de la qualité de l'air pour l'année 2010 (protection de la



santé)

Classement des zones en Pologne pour le benzopyrène B(a)P sur la base de l'évaluation annuelle de la qualité de l'air pour l'année 2010 (protection de la santé)



Zones qualifiées aux programmes de protection de l'air (composition de zones: 1. pour l'ozone (28 zones): les agglomérations et le reste de la voïvodie; 2. pour d'autres pollutions (170 zones): les agglomérations et un powiat ou un groupe de powiats n'entrant pas dans le cadre de l'agglomération)

Voïvodie	Zone	2008	2009
Dolnośląskie	ville Legnica	PM10, B(a)P, As	PM10, B(a)P
	agglomération wroclawska	PM10, B(a)P, O3	PM10, B(a)P
	powiat wałbrzyski	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	powiat zgorzelecki	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	zone lubińsko-polkowicka	B(a)P	PM10, B(a)P
	zone dolnośląska	O3	O3
	ville de Jelenia Góra	PM10	CO, PM10
	powiat głogowski		PM10
	powiat kłodzki	PM10	PM10
	zone dzierzoniowski-świdnicka		PM10
	powiat oławski		PM10
Kujawsko-pomorskie	agglomération bydgoska	PM10, B(a)P	PM10, C6H6, B(a)P
	ville de Grudziądz	B(a)P	
	ville de Toruń	PM(10), B(a)P	PM10, B(a)P
	ville de Włocławek	PM10, B(a)P	PM10, C6H6, Ni
	powiat bydgoski	B(a)P	

Voïvodie	Zone	2008	2009
	powiat inowrocławski	B(a)P	
	powiat nakielski	PM10, B(a)P	PM10
	powiat toruński	PM10	
	zone chełmińsko-świecka		PM10
	zone dobrzyńsko-wąbrzeska	B(a)P	
	zone mogileńsko-żnińska		PM10, C6H6
	zone sępoleńsko-tucholska	B(a)P	
	zone wrocławsko-aleksandrowska	B(a)P	
	zone kujawsko-pomorska		O3
Lubelskie	agglomération lubelska	PM10	PM10
	ville de Biała Podlaska	PM10	
	ville de Chełm	PM10	PM10
	ville de Zamość	PM10	PM10
Lubuskie	ville de Zielona Góra	B(a)P	B(a)P
	zone nowosolsko-wschowska	B(a)P	PM10, B(a)P
	zone lubuska	O3	
	ville de Gorzów Wlkp.	PM10	PM10
Łódzkie	agglomération łódzka	PM10, B(a)P, O3	PM10, B(a)P
	zone łódzka	O3	O3
	ville de Piotrków Trybunalski	PM10	PM10
	ville de Skierniewice	PM10	
	zone łączycko-zgierska		PM10, B(a)P
	zone piotrkowsko-radomszczańska	PM10	PM10
	zone sieradzko-wieluńska	PM10	PM10
	zone skierniewicko-łowicka	PM10	PM10
Małopolskie	agglomération krakowska	PM10, B(a)P, NO2	NO2, PM10, B(a)P
	ville de Nowy Sącz	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	ville de Tarnów	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	zone bocheńsko-brzeska	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	zone chrzanowsko-olkuska	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	zone dąbrowsko-tarnowska		PM10
	zone gorlicko-limanowska		PM10, B(a)P
	zone krakowsko-wielicka	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	zone miechowsko-proszowicka	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	zone myślenicko-suska	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	zone nowotarsko-tatrzkańska	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
Mazowieckie	agglomération warszawska	PM10, B(a)P, NO2	NO2, PM10, B(a)P
	ville d'Ostrołęka	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	ville de Płock	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	ville de Radom	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	ville de Siedlce	B(a)P	B(a)P
	powiat legionowski	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	powiat nowodworski	B(a)P	B(a)P
	powiat otwocki	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	powiat piaseczyński	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	powiat wołomiński	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	zone ciechanowsko-mławska	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	zone kozienicko-grójecka	B(a)P	B(a)P
	zone ostrołęcko-ostrowska	B(a)P	B(a)P
	zone płocko-płońska	B(a)P	B(a)P
	zone pruszkowsko-żyrardowska	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P

Voïvodie	Zone	2008	2009
	zone radomsko-zwoleńska	B(a)P	B(a)P
	zone siedlecko-mińska	B(a)P	B(a)P
	zone warszawsko-sochaczewska	B(a)P	B(a)P
	zone mazowiecka	O3	
Opolskie	voïvodie opolskie	O3	O3
	powiat kędzierzyńsko-kozielski	PM10, C6H6	PM10, C6H6
	zone namysłowski-oleska	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	zone głubczycko-prudnicka	PM10, B(a)P	B(a)P
	zone krapkowicko-strzelecka	PM10	PM10
	zone opolska	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
Podkarpackie	ville de Przemyśl	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	ville de Rzeszów	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	powiat jasielski	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	zone jarosławsko-lubaczowska	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	zone korościński-sanocka	B(a)P	PM10, B(a)P
	zone mielecki-dębicka	B(a)P	PM10, B(a)P
	zone tarnobrzesko-leżajska	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
Podlaskie	ville de Łomża		PM10
Pomorskie	ville de Słupsk	B(a)P	B(a)P
	zone kartusko-kościńska	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	zone kwidziński-tczewska	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	zone pucko-wejherowska	B(a)P	B(a)P
	agglomération trójmiejska	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
Śląskie	agglomération górnośląska	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	agglomération rybnicko-jastrzębska	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	ville de Bielsko-Biała	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	ville de Częstochowa	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	zone bielsko-żywiecka	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	zone bieruński-pszczyńska	B(a)P	
	zone częstochowski-lubliniecka	B(a)P	PM10, B(a)P
	zone gliwicko-mikołowska	B(a)P	PM10, B(a)P
	zone raciborsko-wodzisławska	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	zone tarnogórski-będzińska	PM10, B(a)P	PM10, B(a)P
	zone śląska	O3	O3
Świętokrzyskie	ville de Kielce	PM10	PM10, B(a)P
Wielkopolskie	zone wielkopolska	O3	O3
	agglomération poznańska	PM10	PM10, B(a)P
	ville de Kalisz	PM10	PM10
	ville de Leszno	B(a)P	PM10
	zone gnieźniński-wrzesińska	PM10	PM10, B(a)P
	zone pilsko-złotowska	B(a)P	PM10, B(a)P
Zachodniopomorskie	agglomération szczecińska	B(a)P	B(a)P
	ville de Koszalin	B(a)P	B(a)P
	powiat gryfiński	B(a)P	B(a)P
	powiat szczeciński	B(a)P	PM10, B(a)P
	zone zachodniopomorska	O3	

Zones qualifiées aux programmes de protection de l'air sur la base des données pour 2010 (composition de 46 zones: agglomérations de plus de 250.000 d'habitants, villes de plus de 100.000 d'habitants et le reste de la voïvodie)

Liste des zones C sur la base des résultats de l'évaluation de la qualité de l'air - protection de la santé		
Voïvodie	Zone	IX l'évaluation de la qualité de l'air
Dolnośląskie	agglomération wroclawska	NO2, PM10, B(a)P, PM2.5
	ville de Legnica	PM10, B(a)P, PM2.5
	ville de Wałbrzych	PM10, B(a)P
	zone dolnośląska	CO*, O3, PM10, B(a)P
Kujawsko-pomorskie	agglomération bydgoska	PM10, As, B(a)P
	ville de Toruń	PM10, B(a)P, PM2.5
	ville de Włocławek	C6H6, PM10, B(a)P
	zone kujawsko-pomorska	C6H6, O3, PM10, As
Lubelskie	agglomération lubelska	PM10
	zone lubelska	PM10
Lubuskie	ville de Gorzów Wlkp.	PM10, B(a)P
	ville de Zielona Góra	B(a)P
	zone lubuska	PM10, B(a)P
Łódzkie	agglomération łódzka	PM10, B(a)P, PM2.5
	zone łódzka	PM10, B(a)P
Małopolskie	agglomération krakowska	NO2, PM10, B(a)P, PM2.5
	ville de Tarnów	PM10, B(a)P, PM2.5
	zone małopolska	PM10, B(a)P, PM2.5
Mazowieckie	agglomération warszawska	NO2, PM10, PM2.5
	ville de Płock	PM10
	ville de Radom	PM10
	zone mazowiecka	PM10, B(a)P
Opolskie	ville d'Opole	PM10, B(a)P
	zone opolska	C6H6, O3, PM10, B(a)P, PM2.5
Podkarpackie	ville de Rzeszów	PM10, B(a)P
	zone podkarpacka	PM10, B(a)P, PM2.5
Podlaskie	zone podlaska	PM10
Pomorskie	agglomération trójmiejska	PM10, B(a)P
	zone pomorska	PM10, B(a)P
Śląskie	agglomération górnośląska	PM10, B(a)P, PM2.5
	agglomération rybnicko-jastrzębska	PM10, B(a)P, PM2.5
	ville de Bielsko-Biała	PM10, B(a)P, PM2.5
	ville de Częstochowa	PM10, B(a)P, PM2.5
	zone śląska	SO2, O3, PM10, B(a)P, PM2.5
Świętokrzyskie	ville de Kielce	PM10, B(a)P, PM2.5
	zone świętokrzyska	PM10, B(a)P
Warmińsko-mazurskie	ville d'Olsztyn	B(a)P
	ville d'Elbląg	PM10, B(a)P
	zone warmińsko-mazurska	PM10, B(a)P
Wielkopolskie	agglomération poznańska	PM10, B(a)P
	ville de Kalisz	PM10, B(a)P
	zone wielkopolska	O3, PM10, B(a)P
Zachodniopomorskie	agglomération szczecińska	PM10, B(a)P
	ville de Koszalin	B(a)P
	zone zachodniopomorska	PM10, B(a)P

* à la suite du classement selon les critères uniformes pour le pays entier, conformes à la Directive 2008/50/WE (hormis les normes spécifiques pour les stations thermales), la zone dolnośląska, en raison des émissions du CO₂, a été qualifiée à la classe A

2/ Les résultats des examens de la qualité de l'eau potable – dans la période couverte par le présent rapport. Les mesures prises pour améliorer la qualité de l'eau potable.

Les données concernant la qualité de l'eau: <http://cdr.eionet.europa.eu/pl/eu/dwd/envt0ynow>

Dans le but de mettre en oeuvre de la Directive 98/83/CE du Conseil, du 3 novembre 1998, relative à la qualité des eaux destinées à la consommation par des hommes, le règlement du Ministre de la santé du 29 mars 2007 sur la qualité de l'eau destiné à la consommation par des hommes a été modifié par le règlement du Ministre de la santé du 20 avril 2010. Dans le règlement a été défini la notion de l'eau de qualité, c'est-à-dire une eau qui n'est pas dangereuse pour la santé humaine. L'évaluation de la qualité de l'eau destiné à la consommation est effectuée séparément pour chaque cas et compte tenu de l'évaluation du risque.

En 2008, 87% d'habitants des villes et des campagnes ont pu boire l'eau dont la qualité était conforme aux standards établis dans le règlement, en 2010 une telle eau a été fournie à 89% de la population, 11% ont profité de l'eau admise sous conditions ou par dérogation temporaire. Dans la plupart des cas la non-conformité de l'eau destiné à la consommation aux normes ont été dépassés les indices de concentration de fer et de manganèse et à la turbidité plus élevée et à la couleur plus intense de l'eau, ce qui n' a pas constitué de danger pour la santé des consommateurs.

Est tenu un répertoire des dérogations temporaires relatifs au dépassement de la valeur des indices pouvant constituer un danger direct pour la santé humaine. En 2008 le nombre de dérogations le plus important a été attribué pour les azotates (31). En 2010 le nombre de dérogations attribuées a augmenté jusqu'à 23 par rapport à 11 indices. Le nombre le plus important de dépassements admissibles concernait des concentrations des azotates. Par ailleurs, ont été dépassés les valeurs paramétriques des azotates, du bore, du fluorure, du cadmium, du nickel et du plomb.

A été introduit un examen concernant la présence des bactérie Legionella sp. non exigé par la directive 98/83/WE.

Comme le problème le plus important est causé par des conduites d'eau de petite dimension, on a entrepris des actions de consolidation ayant abouti en diminution du nombre de conduites d'eau: en 2008 il y en avait 12.415 et en 2010 seulement 9.025.

Beaucoup d'importance est attaché au renseignement des consommateurs sur la qualité de l'eau potable. L'Inspectorat Général Sanitaire tient un site internet sur lequel sont mis en ligne les informations concernant la qualité des eaux destinées à la consommation dans le pays entier. Y sont présentés les textes promouvant l'eau provenant des conduites d'eau ainsi que des comportements de sécurité corrects (plus attentifs à la santé) des consommateurs. Les autorités de la PIS donnent tous renseignements relatifs à la qualité de l'eau potable sur notre terrain et en cas d'apparition des pollutions, des pannes ou des sinistres elle donnent des informations et des communiqués appropriés.

3/ Le contrôle de la qualité et de la sécurité des aliments – les mesures prises dans le but de l'augmentation de sa qualité et sécurité.

Les modifications de la législation sur l'alimentation

La loi sur la modification de la loi relative à la sécurité des aliments et la nourriture ainsi que de certaines autres lois a été adoptée le 8 janvier 2010. Son objectif était la mise en conformité des dispositions aux exigences définies dans la réglementation de l'UE et la prise en compte des expériences résultant de l'application de la loi par les entrepreneurs et les autorités de contrôle des aliments. Les nouvelles solutions simplifient les règles de l'exercice

de l'activité économique en matière de la fabrication et de la mise sur le marché des aliments et des matériaux et produits destinés au contact avec les denrées alimentaires, tout en répondant aux exigences de sécurité des consommateurs.

Ont été publiés 34 actes exécutifs relatifs à l'harmonisation de la législation nationale avec le droit communautaire.

Ont été conclu:

- l'accord du 1 avril 2009 entre l'Inspecteur de la Protection des Plantes et des Semences, l'Inspecteur Sanitaire Général et l'Inspecteur en charge de la Qualité des Produits Agricoles et des Denrées Alimentaires, relatif à la coopération de l'Inspection générale de la protection des plantes et des semences, de l'Inspection sanitaire nationale et de l'Inspection de la qualité des produits agricoles et des denrées alimentaires, au contrôle des produits végétaux destinés à la consommation humaine exporté par la République de Pologne vers la Fédération de Russie,
- l'accord-cadre du 14 juillet 2008 relatif à la coopération de l'Inspection Pharmaceutique Nationale avec l'Inspection Sanitaire Nationale,
- l'accord-cadre du 28 décembre 2010 conclu entre l'Inspecteur Sanitaire Général et le Président de l'Office de la protection de la concurrence et des consommateurs relatif à la coopération et la collaboration des autorités de la PIS et des autorités de l'Inspection de commerce.

La modernisation du système informatique « Système de Sécurité des Aliments »

Le système assiste à la gestion des procédés de surveillance sanitaire et de l'hygiène alimentaire, de nutrition et des objets utilisés par les unités d'organisation de la PIS, y compris les laboratoires d'examen des aliments. L'accès au système ont toutes les unités de l'Inspection Sanitaire Nationale.

Pendant la période couverte par le rapport on a modernisé la base des ouvrages surveillés par la PIS. On a élaboré les bases des données relatives aux résultats des examens des échantillons en matière du contrôle officiel des aliments et de la surveillance en matière des résidus des pesticides et du contrôle douanier de certaines denrées alimentaires.

Sont menés les travaux relatifs à intégration des bases des données avec le Système de Sécurité des aliments. On envisage l'élargissement des bases des données dans toutes les orientations des recherches prises en compte dans le « Plan national du prélèvement des échantillons et des examens des denrées alimentaires dans le cadre du contrôle administratif des denrées alimentaires et de la surveillance pour la PIS ». Est envisagée l'introduction d'un module permettant la mise en place des catégories des ouvrages par niveau de risque.

Le MANCP

On a élaboré un Plan de contrôle pluriannuel intégré pour les années 2010-2014, qui tient compte des actions de l'Inspection Sanitaire Nationale, l'Inspection Vétérinaire, de l'Inspection de la protection des plantes et des semences, de l'Inspection de commerce et de l'Inspection de la qualité commerciale des produits agricoles et des denrées alimentaires. Le plan comprend 5 domaines:

- sécurité des aliments,
- sécurité des aliments pour les animaux,
- santé des animaux,
- protection des animaux,
- santé des plantes.

L'objectif est de consolider et d'intégrer les plans de contrôle au niveau central, régional et local, de tous les secteurs concernés par la législation relative aux aliments pour animaux, législation alimentaire, de la santé et du bien-être des animaux et de la santé des plantes.

Le plan:

- indique les autorités compétentes responsables des contrôles à tous les niveaux,
- décrit les tâches et les obligations des autorités de contrôle,
- indique les laboratoires de référence, les pôles pour lesquels ont été désignés les autorités responsables de ces laboratoires,
- détermine les procédures de désignation des laboratoires de contrôle et les solutions de contrôle et les solutions devant assurer que ces laboratoires remplissent les exigences requises et agissent conformément aux normes convenables,
- contient la description de l'organisation et du mode de réalisation de l'audit des autorités au niveau national, régional et local.

Chaque année est élaboré un rapport relatif à la réalisation Plan de contrôle pluriannuel intégré. Le rapport est transmis à l'Office alimentaire et vétérinaire (OAV) de la Commission européenne. Le Rapport contient les informations suivantes:

- les données concernant les contrôles effectués,
- la conformité générale à la législation dans le cas des entrepreneurs et des produits,
- les audits internes des autorités de contrôle des aliments,
- les actions entreprises dans le but d'assurer les actions efficaces des autorités de contre des aliments.

Le plan de prélèvement des échantillons

L'Inspecteur Sanitaire Général a élaboré un Plan de prélèvement des échantillons et d'examen des aliments dans le cadre d'un contrôle officiel et du monitoring qui est mis à jour chaque année en collaboration avec unités de recherche et de développement: l'Institut national de la santé publique– l'Institut National de l'Hygiène et l'Institut des aliments et de la nourriture.

Dans le Plan sont déterminées les orientations et l'étendue des recherches, les groupes et les sous-groupes de l'assortiment, les nombres des essais et la partage en voïvodies. Sont pris en compte les facteurs suivants:

- la réglementation en vigueur dans le domaine de la sécurité des aliments,
- les recommandations de la Commission européenne,
- le nombre total d'habitants du pays (compte ten du nombre des échantillons par voïvodie - le nombre d'habitants dans chaque voïvodie),
- les dangers le plus fréquents pour la santé humaine résultant de la consommation des aliments,
- les résultats des examens du contrôle officiel et de la surveillance dans le domaine sécurité des aliments,
- la structure de la consommation des aliments.

Le plan prend en compte les orientations suivantes des recherches:

- les résidus des pesticides,
- les métaux dangereux pour la santé,
- les azotates, 3-MCPD,
- les pollutions micro-biologiques,
- les mycotoxines, l'histamine, le méthanol et le cyanhydrique,
- les substances additionnelle permises,
- les paramètres concernant les substances additionnelle et des dissolvant extractionnels, les GMO,
- la pollution radioactive des aliments,
- les denrées alimentaires soumises à l'action de la radiation ionisante,
- iode dans le sel de cuisine,
- les denrées à destination spéciale alimentaire,

- les aliments enrichis,
- les matériaux et les produits destinés au contact avec les aliments, WWA, le furan, izomères trans des acides de graisse, l'acryloamide, le gluten.

La restructuration et l'accréditation des laboratoires L'Inspection Sanitaire Nationale en matière des résidus des pesticides

L'Inspecteur Sanitaire Général en coopération avec l'Institut National de la santé publique– L'Institut National de l'Hygiène, a effectué 2010, une restructuration de la base de laboratoires L'Inspection Sanitaire Nationale en matière de la détermination des résidus des pesticides dans les aliments. La nécessité d'effectuer les modifications a résulté des exigences de plus en plus élevées relatives au nombre des pesticides déterminés et des matrices ainsi que du système des laboratoires trop complexe. La restructuration de la base de laboratoires en matière de la détermination des résidus des pesticides a consisté en une diminution importante du nombre des laboratoires (de 16 à 5) et en l'introduction d'une spécialisation tenant compte du type des données de la matrice.

Système d'alerte rapide pour les denrées alimentaires et les aliments pour animaux (RASFF)

L'objectif du système est de donner une réaction prompte à des cas de l'apparition sur le marché des produits dangereux (des denrées alimentaires, des aliments pour les animaux). Les informations sur les produits qualifiés comme dangereux sont collectées par les autorités de contrôle officiel au niveau du powiat, de douane et de voïvodie et des aliments pour les animaux, puis envoyés aux points de contact dans lesquels ils sont appréciés comme un risque lié à un point donné. L'équipe des experts présente à l'Inspecteur Sanitaire Général les propositions des moyens de prévention convenables dans les 24 heures à compter de la réception de l'avis. Les données, dans des cas précis, sont transmises à la Commission Européenne.

Dans les années 2008-2010 le Point National de Contact a reçu 1.104 avis relatifs aux aliments dangereux et aux aliments pour les animaux (2010 – 330, 2009 – 371, 2008 – 403). Le plus souvent ont été annoncés les pollutions chimiques des aliments. Le plus souvent entrepreneurs prennent eux-seuls les décisions concernant le retrait des aliments qui ne remplissent pas d'exigences.

Les actions menées par l'Inspection Commerciale (commerce en détail) et l'Inspection de la qualité commerciale des produits agricoles et des denrées alimentaires (production).

Le contrôle concerne la qualité, sont entreprises également les actions visant à la lutte contre les actions malpropres liées à la désignation des composants et aux déclarations du fabricant.

Les contrôles sont effectués sur la base des plans annuels de contrôle et à court terme, en fonction de la situation sur le marché, si les irrégularités sont signalées. Par ailleurs, les contrôles à court terme sont effectués au niveau national et local.

Si les irrégularités sont constatées, les autorités de l'inspection peuvent, entre autres:

- demander l'élimination des irrégularités organisationnelles,
- prendre la décision relative à l'exécution qui p.ex. fixe les restrictions relatives à la mise sur le marché des produits, qui arrête la mise sur le marché ou décide du retrait du marché des produits ou bien une décision d'éliminer irrégularités,
- saisir les produits dans le but de fixer leur qualité réelle ou jusqu'au moment où les irrégularités seront éliminées,
- infliger une amende pénale d'un montant de 500 zloty ou transmettre le dossier aux juridictions d'arrondissement compétentes ou à des institutions de poursuite,
- charger les entrepreneurs, si est constaté une irrégularité de la qualité commerciale, des frais des examens de laboratoire effectués.

La loi du 24 octobre 2008 sur la modification de la loi du 21 décembre 2000 relative à la qualité commerciale des produits agricoles et des denrées alimentaires a introduit des pénalités élevées relatives aux situations où les exigences relatives à la qualité commerciale des articles mentionnés ci-dessus ne sont pas remplies, par exemple pour la falsification des produits la peine peut atteindre 10% des revenus annuels de l'entreprise. Par ailleurs, a été fixé l'exigence de l'information publique sur les entrepreneurs qui procèdent à des falsifications. Les résultats des contrôles effectués après l'entrée en vigueur des modifications à la loi démontrent que le nombre des falsifications a été restreint.

Les actions menées par les vétérinaires de powiat en vertu des instructions publiées par le Médecin Vétérinaire Général dans le cadre de la surveillance du secteur alimentaire.

Sous la surveillance de l'Inspection Vétérinaire se trouvent:

- les établissements de traitement de viande,
- les établissements de traitement du lait,
- les points d'achat du lait,
- les établissements du secteur de la poisson,
- les établissements de l'emballage des oeufs,
- les établissements du traitement des oeufs,
- les établissements du traitement des cuisses de grenouille et des escargots,
- les établissements du traitement du calogène,
- les établissements du traitement de la gélatine,
- les entrepôts frigorifiques,
- les établissements d'emballage,
- les marchés de gros.

Les contrôles des produits alimentaires provenant des animaux englobent tous les aspects essentiels du point de vue de la protection de la santé publique et de la santé et du bien-être des animaux. Elles ont pour but de déterminer l'état des faits et de le comparer avec l'état défini dans la réglementation vétérinaire, d'effectuer une appréciation dans le but d'entreprendre les actions administratives garantissant le remplissage des exigences par les opérateurs soumis au contrôle.

Si les non-conformités sont constatées, conformément au règlement (CE) N° 854/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 fixant les règles spécifiques d'organisation des contrôles officiels concernant les produits d'origine animale destinés à la consommation humaine, sont entreprises les actions visant à assurer que l'opérateur agissant sur le marché alimentaire entreprenne les mesures préventives, dans le but d'augmenter le niveau de sécurité des aliments. Les sanctions:

- les décisions administratives instituant certaines injonctions ou interdictions,
- les amendes infligées sous forme des décisions administratives,
- les amendes infligées sous forme d'amende pénale.

Dans les cas des contraventions définies par la loi alimentaire sous peine de privation ou de restriction de la liberté les dossiers sont envoyés par les vétérinaire de powiat au parquet.

Si les injonctions déterminées dans la décision administrative ne sont pas réalisées une procédure exécutoire est entamée. Le montant des amendes est défini par le règlement du Ministère de l'agriculture et du développement rural du 26 mai 2010 relatif au montant amendes pour les violations des dispositions relatives aux produits provenant des animaux.

4/ Les tendances dans la consommation de tabac, données ventilées par sexe. Les mesures prises pour réduire le tabagisme.

Le 15 novembre 2010 est entrée en vigueur la modification de la loi du 9 novembre 1995 relative à la protection de la santé contre les conséquences de la consommation du tabac et de produits du tabac, qui renforce l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Le 30 décembre 2010 le règlement du président du Conseil des ministres du 17 octobre 2002 relatif au mandat des agents des organes de l'Inspection sanitaire nationale [en polonais: *Państwowa Inspekcja Sanitarna* – ndlt] en ce qui concerne leur pouvoir d'imposer des amendes en droit pénal, a été modifié, et les agents des organes de l'Inspection sanitaire nationale ont reçu le droit d'imposer des amendes en droit pénal pour fumer dans les lieux publics et pour le manque d'information sur la défense de fumer dans les lieux publics et dans les moyens de transport.

Les recherches menées par l'Inspection sanitaire générale [en polonais: *Główna Inspekcja Sanitarna* – ndlt] en 2011 démontrent que les nouvelles règles ont considérablement réduit le risque d'exposition à la fumée de tabac dans les complexes sportifs (soit une baisse de 72%), dans les restaurants (une baisse de 68%), dans les cafés et bars (une baisse de 49%), sur le lieu de travail (une baisse de 37%) et aux arrêts d'autobus/tramway et dans des bâtiments de transports publics (une baisse de 33%). Le respect des dispositions législatives interdisant de fumer dans les lieux publics s'est sensiblement amélioré selon 21% des fumeurs de sexe masculin et selon 30% des femmes qui fument, ainsi que selon 23% des hommes qui ne fument et selon 23% des femmes qui ne fument pas.

Parmi les Polonais, 68% des fumeurs et 84% des non-fumeurs ont déclaré leur soutien pour cette loi. 56% des personnes reconnaissent une sensibilisation accrue au sujet du respect des dispositions interdisant de fumer, et 45% des fumeurs ont déclaré que l'introduction de la défense de fumer les a incité à prendre la décision d'arrêter de fumer. En témoigne le fait que 59% des non-fumeurs ont le courage – plus souvent que par le passé – de dénoncer les personnes qui enfreignent l'interdiction de fumer.

Selon les personnes interrogées, le facteur qui peut avoir le plus grand impact sur la réduction du tabagisme est l'augmentation du prix des cigarettes. Ce facteur a été mentionné en premier lieu par 58% des fumeurs, par 63% des fumeuses, par 56% des hommes non-fumeurs et par 54% de femmes non-fumeuses. Le deuxième facteur ayant un grand impact sur la réduction du tabagisme est l'interdiction de fumer dans les lieux publics, et le troisième facteur – les campagnes de sensibilisation de l'opinion publique.

Pendant la période 2009-2011, un projet pilote a été réalisé à Szczecin, Lodz et à Rzeszów, intitulé « Rafrâichissons nos villes ! TOB3CIT (Tobacco Free Cities [en français: *Villes sans tabac*]) ». L'objectif principal de ce projet a été de protéger le public contre les effets nocifs de la fumée du tabac. Le projet a été lancé afin de créer les zones non-fumeurs dans les lieux publics: bureaux, écoles, lieux de travail, parcs et terrains de jeux pour enfants.

Les partenaires du projet ont formé une coalition locale réunissant des représentants des offices de voïvodies et des conseils municipaux, la police, la police municipale, des médias locaux, des experts en santé publique et des représentants de l'Inspection sanitaire nationale [en polonais: *Państwowa Inspekcja Sanitarna* – ndlt]. Ensemble, ils ont mené une campagne de sensibilisation en faveur des activités liées à la création de dispositions législatives régissant l'usage du tabac dans les lieux publics et en faveur de l'éducation sur les effets nocifs du tabagisme actif et passif sur la santé.

Le projet a été financé par l'Union Internationale contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires [en anglais: *International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*], en collaboration avec la Fondation Mondiale du Poumon [en anglais: *World Lung Foundation*].

En 2008, une campagne nationale de sensibilisation a été organisée à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac, sous le slogan: « Jeunesse sans tabac ». La durée de la campagne: du 31 mai 2008 au 31 août 2008, le groupe cible: les jeunes âgés de 10 à 19 ans.

En 2009, des campagnes de sensibilisation suivantes ont été menées:

- une campagne de sensibilisation à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac, sous le slogan: « Avertissements sanitaires ». La durée de la campagne: du 1 avril 2009 au 30 juin 2009, le groupe cible: le grand public,
- une campagne de sensibilisation à l'occasion de la Journée mondiale promouvant le sevrage tabagique, sous le slogan: « Arrêtez de fumer avec nous ». La durée de la campagne: du 1 octobre 2009 au 30 novembre 2009, le groupe cible: le grand public,
- une campagne médiatique, intitulée: « La cigarette te tue à petit feu » et « La cigarette te tue à petit feu et ton enfant ». La durée de la campagne: du 16 novembre 2009 au 13 décembre 2009, le groupe cible: les fumeurs, y compris les parents fumeurs, et les fumeurs ayant déclaré fumer en présence des enfants.

En 2010, une campagne nationale de sensibilisation a été organisée à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac, sous le slogan: « Tabac et le genre», en prenant compte des actions de marketing ciblées sur les femmes. La durée de la campagne: du 31 mai 2010 au 31 août 2010, le groupe cible: l'ensemble de la société avec un accent particulier sur les femmes enceintes ou qui prévoient le devenir, et sur les jeunes mères.

En 2011, des campagnes de sensibilisation suivantes ont été menées:

- une campagne de sensibilisation à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac, sous le slogan: « Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ». La durée de la campagne: du 1 avril 2011 au 30 juin 2011, le groupe cible: le grand public avec un accent particulier mis sur les parents et gardiens d'enfants.
- une campagne de sensibilisation l'occasion de la Journée mondiale promouvant le sevrage tabagique, sous le slogan: « Arrêtez avec nous de fumer», combinée avec une campagne médiatique, intitulée: « Villes sans tabac ». La durée de la campagne: du 15 novembre 2011 au 31 décembre 2011, le groupe cible: l'ensemble de la société.

La base juridique du Programme visant à limiter les conséquences nocives du tabagisme sur la santé en Pologne pour la période 2010-2013 est la loi du 9 novembre 1995 sur la protection de la santé contre les conséquences de la consommation du tabac et de produits du tabac. Dans le cadre du programme, des activités suivantes ont été mises en œuvre:

- Tâche no 1 – le changement du climat social et des comportements par rapport au tabagisme grâce aux campagnes d'information et d'éducation à multiples facettes visant le grand public,
- Tâche no 2 – la supervision menée par l'Inspection sanitaire nationale des produits du tabac. Le suivi des recherches menées et le contrôle de la teneur en substances des produits du tabac commercialisés en Pologne,
- Tâche no 3 – la prévention du tabagisme chez les enfants et les jeunes, ainsi que les programmes éducatifs pour les enfants et les jeunes visant à promouvoir le mode de vie sans tabac,
- Tâche no 4 – la mise en œuvre des programmes de prévention du tabagisme et le traitement du tabagisme dans les établissements de soins de santé. Les services téléphoniques – des consultations du centre d'aide aux fumeurs,
- Tâche no 5 – la réduction du tabagisme et les activités éducatives menées auprès des soldats de métier, du personnel militaire et de leurs familles,
- Tâche no 6 – le changement du climat social et des comportements par rapport au tabagisme chez les fonctionnaires et le personnel pénitentiaire, ainsi que chez les personnes détenues dans des prisons,

- Tâche no 7 – l'interdiction de fumer dans les lieux de travail et au sein de la famille des agents des services spécialisés du Ministère de l'Intérieur et de l'Administration,
- Tâche no 8 – l'élimination totale de la fumée du tabac dans les lieux de travail,
- Tâche no 9 – la mise en œuvre des incitatifs économiques et administratifs visant à réduire la consommation des produits du tabac,
- Tâche no 10 – l'amélioration du système juridique qui régit le comportement des consommateurs et des commerçants présents sur le marché des produits du tabac. Le suivi et le contrôle du respect de l'interdiction de la publicité et de la promotion de produits du tabac.

Dans les années précédentes, des activités suivantes ont été mises en œuvre:

- « Politique de santé et politique socio-économique visant à une réduction de la consommation de tabac. Les plans pour les années 1997-2000 »,
- « Le programme de réduction des conséquences sanitaires du tabagisme pour la période 2002-2006 »,
- « Le programme de réduction des conséquences sanitaires du tabagisme en Pologne pour la période 2007-2010 ».

L'objectif du programme de réduction des conséquences du tabagisme en Pologne pour la période 2007-2010 a été de réduire les taux de maladies et d'invalidité et le nombre de décès liés au tabagisme (les maladies cardio-vasculaires et respiratoires et le cancer, la santé des enfants, etc.) en réduisant l'exposition à la fumée de tabac (le tabagisme actif et passif) par les actions suivantes:

- augmenter le pourcentage des personnes qui n'ont jamais fumé une cigarette
 - parmi les enfants du groupe d'âge le plus jeune (8-10 ans) – de 80% à 90%,
 - parmi les enfants qui n'essaient pas de fumer des cigarettes (13-15 ans) – de 70% à 80%,
 - parmi les personnes qui ne commencent pas à fumer au moment d'entrer dans la vie adulte (20-29 ans) – chez les hommes: de 61% à 70% et chez les femmes: de 75% à 80%.
- réduire de 1 à 2% par an la proportion de fumeurs quotidiens dans tous les groupes d'âge (20 ans et plus), surtout parmi les femmes du groupe le plus exposé au risque de maladies (les femmes nées dans les années 1940-1960)
 - parmi les hommes adultes (âgés de 20 ans et plus) – de 43% à 30%,
 - parmi les femmes adultes (âgées de 20 ans et plus) – de 26% à 20%.
- réduire le taux des femmes qui fument pendant la grossesse aux alentours de 10-12%,
- réduire la proportion des enfants exposés au tabagisme passif à la maison (actuellement 60-70%),
- réduire le nombre de personnes exposées aux effets nocifs de la fumée du tabac dans les lieux publics et dans les lieux de travail, y compris dans les bars et les restaurants (actuellement 40%),
- réduire la teneur en substances toxiques des cigarettes commercialisées sur le marché polonais.

Les résultats des activités éducatives et de la sensibilisation au changement des comportements sont les suivants:

- une diminution significative de la prévalence du tabagisme chez les hommes (de 55% des fumeurs quotidiens en 1990 à 39% en 2002, à 37% en 2006 et à 35% en 2009),
- l'amélioration de la situation de la population féminine (de 29% des fumeuses quotidiennes en 1990, à 24,6% en 2002, à 23% en 2006 et à 23% en 2011),
- le pourcentage des hommes qui n'ont jamais fumé est passé de 27% en 1990 à 37% en 2002, à 39% en 2006, à 44% en 2009 et à 45% en 2011.

Dans les années 1999-2000, 27 millions de zł ont été affectés pour la mise en œuvre du programme, dans les années 2001-2003, on a dépensé 0,5 millions de zł par an pour le programme. En 2004, c'était la somme de 550 000 zł, en 2005 – 700 000 zł, dans les années 2006-2009 – un million de zł par an, en 2010 – 1 044 966,68 de zł et en 2011 – 915 551,97 zł.

Des accises perçues sur les produits du tabac sont augmentées successivement, ce qui affecte la politique de prix des fabricants de produits de tabac – l'augmentation des prix de ces produits. Cela affecte, à son tour, la disponibilité de ces produits et constitue un facteur encourageant la réduction de la consommation ou le sevrage tabagique total, contribuant ainsi à une diminution du nombre de fumeurs.

En établissant le niveau des droits d'accise, les dispositions de l'Union européenne sont prises en compte, ainsi que d'autres documents internationaux, notamment la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et la législation nationale, en particulier la loi du 9 novembre 1995 sur la protection de la santé contre les conséquences de la consommation du tabac et de produits du tabac. En 2008, l'accise a augmenté de 23,3%, le montant unique prélevé sur 1.000 cigarettes était de 91,00 zł, tandis que le taux exprimé en pourcentage était de 37,92%. Cette augmentation a entraîné une augmentation de 14% du prix moyen pondéré de vente au détail des cigarettes. Un alignement complet des taux d'accise appliqués aux cigarettes sur les prescriptions de l'Union européenne a eu lieu le 1 janvier 2009. En janvier et février 2009, le montant unique en vigueur prélevé sur 1.000 cigarettes était de 99,16 zł, tandis que le taux exprimé en pourcentage s'élevait à 41,32%. En mars 2009, il y a eu un changement dans le niveau de taxation des cigarettes, entraînant une augmentation du montant unique à 138,50 zł par 1.000 cigarettes, établissant un taux exprimé en pourcentage fixe s'élevant à 31,41%, calculé sur le prix de vente au détail. En 2009, une augmentation du taux d'accise s'est élevée à 18,7%, ce qui s'est traduit par une augmentation moyenne des prix de vente au détail s'élevant à 17%. En 2010, le taux d'accise a augmenté de 5,19%, entraînant une augmentation du montant unique à 146,83 par 1.000 cigarettes, tandis que le taux exprimé en pourcentage était de 31,41%. L'augmentation réelle du taux d'accise calculé sur le prix moyen pondéré de vente au détail des cigarettes a été de 10,2%, tandis que les prix de vente au détail ont augmenté en moyenne de 14%.

En 2010, la directive 2010/12/UE du Conseil du 16 février 2010 modifiant les directives 92/79/CEE, 92/80/CEE et 95/59/CE en ce qui concerne la structure et les taux des accises applicables aux tabacs manufacturés ainsi que la directive 2008/118/CE est entrée en vigueur, ce qui a augmenté le niveau minimal des accises communautaires applicables aux tabacs manufacturés. La Pologne a obtenu une période transitoire allant jusqu'au 31 décembre 2017 pour s'aligner sur les règles qui ont changé. La directive a également introduit une exigence obligatoire qu'à partir de 2011, le montant unique d'accise prélevé sur 1.000 cigarettes ne pourrait pas être inférieur à 64 EUR/1.000 cigarettes, et sa part dans le prix moyen pondéré de vente au détail des cigarettes serait d'au moins 57%. En conséquence, le 1 janvier 2011, le montant unique prélevé sur 1.000 cigarettes a été augmenté à 158,36 zł par 1.000 cigarettes, à un taux d'intérêt fixe de 31,41%. L'application des nouveaux taux des accises applicables aux cigarettes a entraîné une augmentation totale des accises applicables aux cigarettes en 2011 a augmenté de 4%, mais une hausse réelle des accises a atteint pour 2011, calculé à partir du prix moyen pondéré de vente au détail des cigarettes a été de 8,8%. Les prix de vente au détail ont augmenté en moyenne de 9,8%.

Dans les années suivantes, une augmentation annuelle des taux des accises applicables aux cigarettes est prévue.

5/ Les dispositions relatives à la vente d'alcool, à l'approvisionnement en alcool et l'évolution de la consommation individuelle – dans la période couverte par le rapport.

Les conditions générales de vente au détail de boissons alcoolisées titrant plus de 4,5% d'alcool en volume (sauf la bière) destinées à la consommation hors des lieux de vente réglementés par la loi du 26 octobre 1982 sur la consommation raisonnable d'alcool et la lutte contre l'alcoolisme.

La vente de boissons alcoolisées est soumise à une autorisation délivrée par le maire de la commune (le maire de la municipalité ou de la ville), ayant compétence sur l'emplacement du point de vente. Afin d'obtenir une licence pour la vente au détail de boissons alcoolisées, il est nécessaire:

- d'être titulaire d'un permis,
- de payer une redevance pour l'utilisation de permis,
- de s'approvisionner en boissons alcoolisées auprès des fabricants et des sociétés disposant d'une licence pour la vente en gros de boissons alcoolisées,
- de produire à l'entrepreneur qui fournit au point de vente des boissons alcoolisées une preuve de paiement pour l'utilisation de permis – avant le 1 février, le 1 juin et le 1 octobre de chaque année civile couverte par le permis,
- d'avoir le droit d'utiliser des locaux dans lesquels la vente des boissons alcoolisées est effectuée,
- d'exercer une activité économique inscrite dans le cadre de l'autorisation délivrée uniquement par l'entrepreneur figurant sur l'autorisation et à l'endroit mentionné dans cette autorisation,
- de signaler à l'autorité délivrant une autorisation tout changement de la situation de fait ou en droit par rapport aux données contenues dans l'autorisation, dans les 14 jours à compter de la date à laquelle ce changement intervient,
- d'effectuer la vente au point de vente conforme aux exigences fixées par le conseil municipal dans les résolutions adoptées,
- se conformer aux autres conditions et modalités prévues par la loi.

Afin d'obtenir une autorisation, il est nécessaire de soumettre à l'autorité délivrant une autorisation:

- un document confirmant le titre juridique de propriété du requérant sur les locaux dans lesquels la vente des boissons alcoolisées est effectuée,
- le consentement écrit du propriétaire, de l'usufruitier, du gestionnaire ou de l'administrateur de l'édifice, si le point de vente sera situé dans un immeuble résidentiel multifamilial,
- une décision de l'inspecteur sanitaire national compétent approuvant la création de l'établissement, délivrée conformément à la loi du 25 août 2006 sur la sécurité alimentaire et la nutrition.

Les recettes des municipalités provenant de la redevance pour le permis de vente de boissons alcoolisées servent à financer les tâches liées à la prévention et au règlement des problèmes d'alcool et à la réinsertion sociale des personnes dépendantes de l'alcool, réalisées dans le cadre de programmes municipaux de prévention et de traitement de problèmes d'alcool.

Le conseil municipal doit, par voie de résolution, établir le nombre de points de vente de boissons alcoolisées titrant plus de 4,5% d'alcool en volume (sauf la bière), ainsi que les conditions et modalités relatives à l'emplacement de points de vente et de service de boissons alcoolisées. L'autorisation est délivrée après une opinion positive de la part de la Commission municipale pour les problèmes liés à l'alcool en ce qui concerne la conformité de l'emplacement du point de vente avec la résolution adoptée par la municipalité. Dans les localités dans lesquelles les unités militaires sont déployées, le nombre et l'emplacement de

points de vente d'alcool sont déterminés par le conseil municipal en consultation avec les commandants de garnisons.

Le nombre et l'emplacement de points de vente doivent être adaptés aux besoins de limiter la disponibilité de l'alcool, tels que définis dans le programme municipal de prévention des problèmes d'alcool.

L'autorité délivrant une autorisation ou – en vertu de son autorisation – la police municipale ou les membres de la Commission municipale pour les problèmes liés à l'alcool devraient veiller au respect des conditions et modalités de l'utilisation du permis.

L'autorité délivrant une autorisation peut révoquer cette autorisation:

- si les conditions et modalités prévues par la loi relatives à la vente de boissons alcoolisées ne sont pas respectées,
- dans le cas des infractions à l'ordre public liées à la vente de boissons alcoolisées par un point de vente, répétées au moins deux fois dans une période de 6 mois dans le voisinage de ce point de vente, si ces infractions à l'ordre public n'ont pas été notifiées aux autorités chargées du maintien de l'ordre public par la personne qui conduit cette activité commerciale,
- dans le cas de commercialisation des boissons alcooliques provenant de sources illicites,
- dans le cas de présenter de fausses informations dans la déclaration indiquant la valeur des ventes de boissons alcoolisées, sur la base desquelles la redevance pour l'utilisation de l'autorisation est calculée,
- si la personne responsable des activités commerciales soumises à un régime d'autorisation commet un délit afin d'obtenir un avantage matériel,
- si une interdiction de conduire une activité économique déterminée, soumise à un régime d'autorisation, a été prononcée à l'encontre de l'entrepreneur étant une personne physique ou à l'encontre de la personne responsable des activités commerciales soumises à un régime d'autorisation, conduites par cet entrepreneur.

L'entrepreneur à qui on a révoqué l'autorisation peut redemander une nouvelle autorisation au plus tôt trois ans après la date de révocation de l'autorisation.

Les dispositions de la loi réglementent l'emplacement de points de vente et de service de boissons alcoolisées. Les boissons alcoolisées peuvent être vendues dans des points de vente tels que:

- magasins spécialisés vendant des boissons alcooliques,
- stands séparés – des établissements de vente au détail de libre-service avec une surface de vente de plus de 200 m²,
- autres points de vente en libre-service et établissements commerciaux dans lesquels le détaillant effectue des ventes directes de boissons alcoolisées.

Les informations sur les dangers de la consommation d'alcool doivent être visibles dans les points de vente et de service de boissons alcoolisées.

Il est interdit de vendre de l'alcool:

- dans les écoles et autres établissements et centres de formation et d'éducation, dans les établissements de soins et résidences universitaires,
- dans les lieux de travail et dans les établissements de restauration pour le personnel d'entreprises,
- dans les lieux et au moment de rassemblements de masse,
- dans les centres et installations de transports publics, à l'exception des voitures-restaurants et des bars dans les trains dans lesquels la vente, le service et la consommation de boissons alcoolisées titrant plus de 4,5% d'alcool en volume et de la bière sont autorisés,

- dans les locaux occupés par les autorités militaires et celles responsables des affaires intérieures, aux alentours des casernes et des logements de transition pour les unités militaires stationnées là-bas.

Il est interdit de vendre, servir et consommer les boissons contenant plus de 18% d'alcool en volume dans les centres de formation et centres de vacances.

Ventes, l'administration et la consommation de boissons contenant plus de 4,5% d'alcool peut être fait dans les événements en plein air uniquement avec la permission et seulement aux endroits désignés.

La vente, le service et la consommation de boissons alcoolisées titrant plus de 4,5% d'alcool en volume peut se faire lors des événements en plein air, uniquement avec la permission, et aux endroits désignés.

En dehors des lieux et objets susmentionnés ou dans les endroits désignés, appartenant à la municipalité, le conseil municipal peut interdire – en raison du caractère de ces endroits – de vendre, de servir, de consommer et d'apporter des boissons alcoolisées de manière temporaire ou définitive.

Il est interdit également de vendre et de servir des boissons alcoolisées à des personnes dont le comportement indique qu'elles sont dans un état d'ivresse, aux personnes de moins de 18 ans, et de vendre à crédit ou contre un nantissement. En cas de doute quant à la majorité d'âge de l'acheteur, le vendeur ou le serveur de boissons alcoolisées est en droit de demander à l'acheteur de présenter un document attestant son âge.

Les dispositions pénales prévues dans la loi stipulent que toute personne qui vend ou sert des boissons alcoolisées lorsque cela est interdit ou sans le permis requis ou en violation des conditions et modalités prévues par la loi, est passible d'une amende. Le manager de l'établissement commercial ou de l'établissement de restauration qui ne remplit pas l'obligation de supervision requise est passible de la même peine. Dans le cas de la commission d'un délit, tel que défini dans les dispositions de la loi, la confiscation des boissons alcoolisées peut être prononcée à titre de peine même si ces boissons n'étaient pas la propriété du contrevenant, ou bien une interdiction de conduire l'activité économique consistant à vendre ou à servir des boissons alcoolisées peut être également prononcée.

La publicité et la promotion des boissons alcoolisées est interdite, à l'exception de la bière. La publicité et la promotion de la bière sont autorisées à condition qu'elles:

- ne s'adressent pas aux mineurs,
- ne représentent pas les mineurs,
- ne créent pas de lien entre la consommation d'alcool et la condition physique ou la conduite de véhicules,
- ne contiennent aucune déclaration que l'alcool possède des propriétés thérapeutiques, a un effet stimulant ou calmant, ou constitue un moyen de résoudre les conflits personnels,
- n'encouragent pas une consommation excessive d'alcool,
- ne représentent pas l'abstinence alcoolique ou la consommation modérée d'alcool d'une manière négative,
- ne mettent pas en évidence la forte teneur en alcool dans les boissons alcoolisées comme une caractéristique ayant un effet positif sur la qualité des boissons alcoolisées,
- ne véhiculent pas un message associant la consommation d'alcool à l'attractivité sexuelle, à la récréation ou détente, aux études ou au travail, ou à la réussite professionnelle ou personnelle.

La publicité et la promotion de la bière – dans la mesure permise – ne peuvent pas être diffusées:

- à la télévision, à la radio, dans les cinémas et théâtres de 6h00 heures du matin jusqu'à 20h00 du soir, à l'exception de la publicité faite par l'organisateur d'un événement de sport de compétition ou de sport professionnel, diffusée au cours de cet événement,

- sur les cassettes vidéo et sur et les autres supports audiovisuels,
- dans les magazines et revues pour les enfants et la jeunesse,
- sur les couvertures des journaux et des magazines,
- sur les poteaux et les panneaux d’affichage et autres surfaces fixes et mobiles utilisées pour la publicité, à moins que 20% de la surface publicitaire ne soit couverte par une inscription visible et lisible informant le public des dangers de la consommation d’alcool ou signalant l’interdiction de la vente d’alcool aux mineurs,
- avec la participation des mineurs.

La publicité et la promotion des produits et des services sont interdites lorsque leur dénomination, leur marque déposée, leur forme graphique ou leur emballage sont similaires, voire identiques avec la désignation de boisson alcoolisée ou avec un autre symbole qui fait référence de manière objective à une boisson alcoolique. Sont également interdites la publicité et la promotion des entrepreneurs ou des entités qui, dans leurs images publicitaires, utilisent la dénomination, la marque déposée, la forme graphique ou l’emballage facilement associables à une boisson alcoolisée, à son fabricant ou distributeur.

Il est interdit d’informer sur le parrainage d’événements sportifs, musicaux et d’autres événements publics par les fabricants et distributeurs de boissons qui ont – pour activité principale – la fabrication ou la vente de boissons alcoolisées contenant de 8% à 18% d’alcool, autrement que par l’indication – à l’intérieur des journaux et des magazines, sur l’invitation, sur le billet, sur l’affiche, sur le produit ou dans le bulletin d’information concernant un événement donné – de la dénomination du fabricant ou du distributeur, ainsi que de sa marque déposée. Les informations sur le parrainage peuvent être diffusées à la radio et à la télévision, à condition qu’elles se limitent à la dénomination du fabricant ou du distributeur de boissons contenant jusqu’à 18% d’alcool ou à sa marque déposée, et à condition que cette information ne soit pas présentée à la télévision par une personne physique ou en utilisant l’image d’une personne humaine.

Les fournisseurs du service tel que la publicité des boissons alcoolisées contribuent, et cela de manière obligatoire, au Fonds des activités sportives pour les élèves, dont le dépositaire est le ministre compétent pour la culture physique et le sport, une taxe de 10% de l’assiette de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) perçue sur les biens et les services taxables résultant de ce service. Les ressources de ce Fonds sont réservées exclusivement au financement des activités sportives pour les élèves, menées par les clubs sportifs opérant sous forme d’associations et par d’autres organisations non gouvernementales qui mettent en œuvre des tâches liées à la promotion de l’exercice physique et du sport chez les enfants et les jeunes, et organisées aussi par les autorités locales.

En 2011, le Conseil des ministres a adopté le Programme national pour la prévention et pour la solution des problèmes liés à l’alcool pour les années 2011-2015, dans lequel les objectifs stratégiques à atteindre dans le domaine des problèmes liés à l’alcool ont été identifiés et indiqués. Ces objectifs ont été élaborés sur la base du diagnostic des dommages associés à la consommation d’alcool en Pologne. Les objectifs à atteindre dans le cadre du programme comportent à la fois des mesures préventives et des mesures correctives.

L’étude intitulée « L’épidémiologie des troubles psychiatriques et la disponibilité des soins de santé mentale », menée entre novembre 2010 et mars 2011, montre que 31% des Polonais et 6% des Polonaises abusent d’alcool, c’est-à-dire consomment de l’alcool d’une manière qui cause les dommages sanitaires et sociaux. A ce groupe appartiennent les non-dépendants (qui boivent de façon excessive) et dépendants de l’alcool. Aux critères de la consommation nocive de l’alcool répondent 14% des personnes, et de la dépendance – 3,3% de la population adulte de la Pologne.

Une étude récente visant à déterminer la quantité d'alcool consommé en Pologne a été menée en 2008. Les données ont été recueillies par une méthode des entretiens-questionnaires directs standardisés (en anglais: *pen-and-paper interviewing, PAPI*) dans la maison du répondant. L'étude sur le terrain a été réalisée par la Fondation de l'Institut de sondage d'opinion publique à Varsovie, à la demande de l'Agence nationale pour la résolution des problèmes liés à l'alcool.

Le pourcentage des personnes déclarant l'abstinence (définie comme la cessation de toute consommation d'alcool au cours des 12 mois précédant l'enquête) était significativement plus élevé (27,9%) que dans les études précédentes (16%). Ce résultat correspond au résultat d'une étude commandée par la Commission européenne et réalisée par l'institut de sondage d'opinion TNS OBOP en 2007 (28% des abstinentes en Pologne, avec une moyenne de 25% pour l'UE), mais il convient de souligner que ce pourcentage est beaucoup plus élevé que dans les études précédentes. La différence est probablement le résultat d'une autre manière de poser des questions sur la consommation de boissons alcoolisées. Un abstinent sur trois est une personne qui n'a jamais bu d'alcool, tandis que le reste des personnes n'ont pas consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois.

Le pourcentage des personnes déclarant qu'elles ont commencé à consommer de l'alcool avant l'âge de 18 ans est inférieur au pourcentage établi en 2005, et il s'est élevé – parmi les femmes – à 22% (contre 28% en 2005) et à 46% parmi les hommes (contre 52% en 2005).

L'âge moyen déclaré d'initiation à l'alcool était de 17,9 ans, pour les femmes – 18,9 ans et pour les hommes – 17,6 ans. Les femmes ont souvent eu les premiers contacts avec l'alcool en buvant du vin, tandis que les hommes – en buvant de la bière.

Les proportions de groupes de consommateurs pour les différents types d'alcool ont changé. 69% des consommateurs d'alcool déclarent qu'ils boivent de la vodka (contre 73% en 2005), 64% des consommateurs d'alcool déclarent qu'ils boivent du vin (contre 80% en 2005), et 75% des consommateurs d'alcool déclarent qu'ils boivent de la bière (contre 78% en 2005).

Le modèle le plus courant de consommer de l'alcool était de boire tous les types de boissons alcoolisées: vin, bière et vodka (34%). Le deuxième modèle le plus répandu de consommer de l'alcool a été de boire de la vodka et de la bière (18%), et le troisième – du vin et de la bière (14%). Il existe relativement peu de personnes buvant un seul type d'alcool. Un consommateur sur 10 buvait exclusivement de la bière, seulement 9% – exclusivement de la vodka, et seulement 8% – que du vin.

Par rapport à l'année 2005, le pourcentage des personnes qui boivent que des boissons spiritueuses a presque doublé, de même que le pourcentage des consommateurs d'alcool qui boivent seulement de la bière. Le groupe de consommateurs d'alcool illégal a augmenté d'un tiers (5%) et de vin fait maison (12%). Les boissons spiritueuses représentent 32% du marché de l'alcool (contre 47% en 2005), le vin – 9% (le même pourcentage qu'en 2005), et la bière – 59% (contre 44% en 2005).

Chacune de ces boissons était bue de manière différente. En 2008, la vodka a été bue environ 23 fois au cours de l'année, avec la portion unique contenant en moyenne 203 ml pour une seule occasion (tandis qu'en 2005, la portion unique contenant en moyenne 185 ml, et la vodka a été bue environ 40 fois au cours de l'année). Le vin a été caractérisé par une consommation ponctuelle moyenne relativement faible – 184 ml – et par une fréquence de consommation relativement faible – 18 fois au cours de l'année (en 2005, le vin a été consommé en moyenne 18 fois, la portion unique contenant 176 ml pour une seule occasion). La bière a été consommée le plus souvent, 78 fois au cours de l'année (contre 77 fois en 2005), avec la portion unique la plus élevée – 724 ml (contre 660 ml en 2005).

L'alcool était bu le plus souvent le week-end (65%), lors de rassemblements sociaux, de jours de fête ou d'anniversaires, mais on le buvait aussi sans une occasion spéciale, notamment sous forme de bière (43%).

Le site privilégié pour la consommation d'alcool était un logement particulier, où il a été bu par 61% des buveurs de bière, par 70% des buveurs de vodka et par 80% des buveurs de vin. Le pourcentage des buveurs d'alcool dans des lieux de restauration (12% – bière, 13% – vin et 14% – vodka) n'a pas changé de manière significative. La consommation d'alcool en plein air était moins populaire qu'en 2005 (6% – vin, 15% – vodka et 28% – bière). Peu de gens ont bu de la vodka et du vin dans la solitude (2%), à l'exception de la bière qui a été bue dans la solitude par un répondant sur cinq. L'alcool a été généralement bu en compagnie de la famille ou des amis.

La consommation annuelle totale d'alcool parmi tous les répondants (en valeur d'alcool pur) était, à la lumière des données, de 3,47 litres. Elle était inférieure à celle de 2005 (4,31 litres), et supérieure à celle de 2002 (3,31 litres). La consommation annuelle moyenne d'alcool pur par ses consommateurs était de 4,8 litres. En 2005, la consommation annuelle moyenne d'alcool pur par ses consommateurs était de 5,18 litres.

Les résultats de l'étude de 2008 démontrent que la consommation annuelle moyenne d'alcool a diminué en général de 8% (en valeur d'alcool pur). Dans le cas de la vodka cette diminution a été la plus considérable. La consommation moyenne d'alcool en 2008 – c'est 64% de la consommation de 2005 (une baisse de 2,44 litres en 2005 à 1,56 litres en 2008). Dans le cas du vin, la consommation moyenne a également diminué, et en 2008 la consommation de vin a représenté 86 % de la consommation de 2005 (une baisse de 0,44 litre en 2005 à 0,38 litre en 2008). La consommation moyenne de bière en 2008 était d'environ 25% plus élevée (2,87 litres en 2008 contre 2,30 litres en 2005).

Parmi les consommateurs d'alcool, le pourcentage des personnes qui boivent jusqu'à 1,2 litres (en valeur d'alcool pur) s'est révélé en 2008 presque le même qu'en 2005. Deux autres groupes, mis en évidence en raison du niveau de la consommation (le groupe consommant de 1,2 à 6 litres d'alcool pur par an, et un autre groupe de buveurs de 6 à 12 litres d'alcool pur par an), étaient plus grands en 2008 que les mêmes groupes en 2005, sauf que le groupe consommant de 1,2 à 6 litres est passé de 34,5% en 2005 à 37,1% en 2008, tandis que le groupe des buveurs de 6 à 12 litres d'alcool pur par an a légèrement augmenté. Le groupe de personnes qui boivent plus de 12 litres d'alcool pur par an a diminué, passant de 11,6% (en 2005) à 9,2% en 2008.

Le groupe de personnes qui boivent le plus, représentant 9% des consommateurs de boissons alcoolisées, ont consommé 43% de l'alcool total consommé, tandis que le plus grand groupe – celui de personnes qui boivent peu – a bu 8% de l'alcool total consommé.

Les hommes – comme le démontre l'analyse des données recueillies durant l'enquête de 2008 – ont bu en moyenne 4,5 fois plus d'alcool que les femmes.

Parmi les femmes, la plus grande consommation d'alcool a été observée chez les femmes entre 18 et 29 ans et entre 30 et 39 ans, qui sont célibataires, ont un diplôme universitaire, vivent dans les villes comptant entre 50 000 et 500 000 habitants, qui font des études, sont femmes au foyer, exercent un emploi de col blanc sans diplôme universitaire, ainsi que chez les femmes dans des postes à responsabilité, qui ne se déclarent pas catholiques pratiquantes et qui évaluent bien leur situation financière.

Parmi les hommes, la plus grande consommation d'alcool a été observée chez les hommes entre 30 et 39 ans, ayant une formation professionnelle, occupant des postes à l'échelon le plus bas, travaillant en tant que travailleurs non qualifiés, vivant dans les villes comptant entre 50.000 et 500.000 habitants et parmi les hommes divorcés, ne se déclarant pas catholiques pratiquants et évaluant moins bien leur situation financière.

Les personnes qui boivent plus de 10 litres d'alcool pur par an (les hommes) et 7,5 litres d'alcool pur par an (les femmes) ont formé des groupes à risque. C'étaient les hommes qui ont été, le plus souvent, considérés comme les buveurs excessifs – plus de 19% des hommes qui boivent de l'alcool appartenaient à ce groupe. Dans le cas des femmes, cela concernait 2,4%

d'entre elles. Si on compare ce résultat avec les études précédentes, le groupe de buveurs excessifs étaient beaucoup moins nombreux.

Mesures visant à réduire la consommation d'alcool

1/ La coopération avec les autorités locales (au niveau de gminas i powiats), y compris la diffusion d'informations et de matériel didactique (recommandations pour la mise en œuvre et le financement des programmes municipaux pour prévenir et traiter les problèmes d'alcool en 2012), la prestation de conseils et de consultation sur les questions liées au développement et la mise en œuvre des programmes municipaux pour prévenir et traiter les problèmes d'alcool, la participation à des événements organisés par les autorités locales.

2/ On a organisé une série de formations intitulée « Un travail stimulant avec les personnes ayant des problèmes d'alcool fondé sur les principes de la thérapie de motivation/du dialogue motivant pour les 277 membres des Commissions municipales pour les problèmes liés à l'alcool » visant à améliorer la qualité des actions et des initiatives entreprises par les Commissions municipales pour les problèmes liés à l'alcool. On a organisé également une conférence des représentants des Conseils provinciaux pour prévenir et traiter les problèmes d'alcool, des directeurs/managers des Centres provinciaux de traitement de dépendance et de codépendance et une conférence des représentants des Chambres des comptes provinciales, des employés chargés de supervision au sein des bureaux régionaux et des représentants des délégations de la Chambre suprême de contrôle. La réunion a été suivie par 50 personnes. L'objectif principal était de discuter des problèmes rencontrés lors de la mise en œuvre des tâches découlant de la loi relative à la consommation raisonnable d'alcool et la lutte contre l'alcoolisme.

3/ L'activités du Groupe d'experts sur les programmes locaux et régionaux de prévention et de solution des problèmes d'alcool.

4/ La mise en œuvre du Programme visant à confirmer les qualifications des personnes travaillant dans le domaine de prévention et de solution des problèmes d'alcool au sein des collectivités locales (50 personnes dans tout le pays possèdent le certificat de spécialiste certifié).

5/ La coopération avec le mouvement associatif d'entraide: fournir des conseils aux clubs et associations d'abstinence d'alcool sur les questions relatives aux travaux exécutés dans l'intérêt de ses membres et des communautés locales, ainsi que sur les mesures de prévention et de solution des problèmes d'alcool. On a soutenu la gestion du site Internet www.krra.pl, géré par le Conseil national des syndicats et des associations d'abstinence d'alcool. Ce site a été visité en 2011 par plus de 34.000 personnes. On a co-organisé ou soutenu les projets du mouvement associatif d'abstinence d'alcool, tels que « Le 12ème Rallye des milieux d'abstinents - Autour de Pologne », « La 20ème Réunion anniversaire nationale des familles vivant dans l'abstinence d'alcool », Le 5ème panorama de la créativité abstinent « SOLAIRE », le 25ème anniversaire de l'Association du Club d'entraide mutuelle aux anciens buveurs « Victoria », le 7ème Forum sur l'abstinence alcoolique dans la voïvodie de Lublin, la 40ème Conférence du service national du mouvement Alcooliques anonymes AA, le 6ème Forum sur l'abstinence alcoolique « Jeunesse – Sobriété – Responsabilité ». En outre, on a organisé, conjointement avec le Conseil national des syndicats et des associations d'abstinence d'alcool, une conférence nationale intitulée « Efficacement dans l'avenir », destiné à 100 représentants des milieux d'abstinents de toute la Pologne.

6/ La prévention des problèmes d'alcool en milieu de travail: la mise en œuvre d'un projet pilote intitulé « Le programme de prévention des problèmes d'alcool dans le milieu des services en uniforme », qui tient tout particulièrement compte des effets de l'alcool sur le travail effectué et qui considère le milieu de travail comme un lieu des activités de prévention, d'intervention et de soutien; la réalisation d'un projet de recherche international EWA

(European Workplace and Alcohol) intitulé « L'alcool en milieu de travail – une dimension européenne ».

7/ La limitation de la consommation d'alcool: en 2011, les activités éducatives suivantes ont été menées:

- Le cofinancement de 5 magazine: *Remedium* (dédié à la prévention des problèmes d'alcool et à la promotion d'un mode de vie sain), *Świat Problemów* [Le monde des problèmes] (dédié à la prévention et à la solution des problèmes d'alcool, en particulier aux activités entreprises par les milieux locaux), *Traitement de Dépendance et de Codépendance* (ce magazine est la seule revue nationale qui joue un rôle informatif et éducatif important pour les employés des centres de traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme dans le cadre de l'amélioration de leurs compétences professionnelles), *Trzeźwymi Bądźcie* [*Soyez sobres*] (la revue adressée aux représentants de l'Église catholique: au clergé et aux fidèles, et promeut l'abstinence alcoolique, ainsi que l'approche au sujet de l'alcool cohérente avec la religion catholique) et *Eleuteria* (la revue adressée au milieu des abstinents volontaires, en particulier aux participants à la Croisade pour la libération de l'homme, mais aussi aux communautés locales, laïques et ecclésiastique qui prônent l'abstinence alcoolique, y compris aux jeunes).
- La gestion du site Internet à caractère éducatif: www.parpa.pl. Le site est mis à jour régulièrement, en particulier la section des actualités, où il y a des informations sur les dernières recherches, conférences, réunions et autres événements concernant les questions liées à la solution des problèmes d'alcool. Sur le site sont publiés les résultats d'études sur l'alcool, ainsi que des liens vers des sites web polonais et étrangers sur la même thématique. Les sites web sont entretenus, créés lors des campagnes de sensibilisation: www.przemoc.com.pl – le site créé à l'occasion d'une campagne de sensibilisation intitulée « Enfance sans violence », www.ciazabezalkoholu.pl – le site créé à l'occasion d'une campagne de sensibilisation intitulée « Grossesse sans alcool » et www.wyhamujwpore.pl (pour les adultes) ou www.niebotak.pl (pour les jeunes) – les sites créés à l'occasion d'une campagne de sensibilisation intitulée « Vérifiez si votre consommation d'alcool se passe de façon sûre et en toute sécurité ».
- La distribution des brochures et des affiches sur les problèmes d'alcool en Pologne. Les brochures distribuées dans les établissements de soins de santé ont le plus grand rayon d'action. Les matériaux sont affichés dans des systèmes d'exposition spécialement préparés (Information Display System) dans les salles d'attente dans plus de 2.400 emplacements. Les brochures et les dépliants sur les problèmes d'alcool constituent une source de connaissances non seulement pour les patients mais aussi pour le personnel médical travaillant dans des établissements de soins de santé impliqués dans le projet.

8/ Le développement de programmes de prévention à l'école, au sein de la famille et de la communauté dans le domaine des problèmes d'alcool: en 2011, les tâches suivantes ont été effectuées:

- Afin d'apporter aide et soutien aux parents des enfants qui boivent de l'alcool, et afin d'engager les parents à participer à des mesures de prévention et de développement de leurs compétences parentales, on a introduit au niveau national un service d'assistance téléphonique « Ligne orange » pour les jeunes qui boivent de l'alcool et pour leurs parents.
- Afin de diffuser les nouvelles techniques et les programmes de travail de prévention auprès des jeunes, une nouvelle édition du Festival National des Spectacles Théâtraux thérapeutiques pour les jeunes « MOPS » (mai 2011) a été réalisée. Dans le cadre du concours, les spectacles sur le traitement prophylactique – du début à la fin préparés par les jeunes, en commençant par le scénario, jusqu'aux répétitions et les travaux sur la

scénographie. Un matériel vidéo a été également préparé, avec un livre sur l'utilisation des techniques théâtrales dans le travail de prévention.

- Afin de diffuser les nouvelles techniques et les programmes de travail de prévention auprès des jeunes, on a organisé, en collaboration avec les autorités régionales au niveau de voïvodie, une série de conférences régionales pour les enseignants, les éducateurs et les réalisateurs des activités de prévention. Ces conférences ont inclus des ateliers de préparation d'introduction à l'école de la procédure intitulée « Prévenir les comportements indésirables à l'école » et des conférences sur la question de l'échelle des comportements à risque, sur le travail de prévention efficace avec le groupe, sur le maintien de la discipline dans la salle de classe et sur les difficultés rencontrées par les éducateurs dans leur travail.
- On a soutenu la mise en œuvre des conférences régionales de formation et les projets de prévention adressés aux jeunes (par exemple, la douzième édition de l'École de leadership Jeunesse – les Programmes de prévention des jeunes animateurs, la conférence intitulée « Une prévention efficace – pour la sécurité et la santé de notre jeunesse », le projet intitulée « Les ailes cachés »)
- On a soutenu le Programme d'intervention et de prévention, mis en œuvre par une association « Formation et Education » basée à Łódź, pendant le festival de Woodstock qui s'est tenu à Kostrzyn nad Odrą entre le 4 et 6 août 2011. On a mis en place, sur le camping, un point de consultation spécialisé dans les questions de toxicomanie, des permanences des thérapeutes et des ateliers sur la maîtrise de la colère ont eu lieu.
- L'étude ESPAD – une enquête scolaire a été mise en œuvre, au niveau national, portant sur la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes (faisant partie d'une recherche européenne) en collaboration avec l'Institut de psychiatrie et de neurologie.
- Le travail du Groupe pour la recommandation et l'évaluation des programmes: on a lancé le Système de recommandations des programmes de prévention et de promotion de la santé mentale, on a discuté des principes de promotion et de diffusion du système, de la vérification des bases de programmes de prévention recommandés déjà existants et de l'évaluation des programmes appliquant au système; on a diffusé également les informations sur le système et les connaissances sur les stratégies de prévention efficaces, en distribuant du matériel éducatif.
- Un site Internet pour les jeunes www.niebotak.pl

9/ L'amélioration et l'élaboration des formes et des méthodes de soutien psychologique et socio-thérapeutique pour les enfants issus de familles alcooliques. En 2011, les tâches suivantes ont été mises en œuvre:

- Une série de formations pour les employés de garderie de jour pour les enfants issus de familles ayant des problèmes d'alcool a été mise en place,
- On a organisé la quatorzième conférence de formation intitulée « Le soutien psychologique pour les enfants issus de familles ayant des problèmes d'alcool » pour les éducateurs des centres sociothérapeutiques et des centres d'éducation spécialisés, ainsi que pour d'autres professionnels qui s'occupent des enfants et des familles ayant des problèmes d'alcool.
- Dans le cadre du programme intitulé « Ensemble – plus vigoureusement », 100 centres sociothérapeutiques et institutions fréquentées par des enfants issus de familles avec des problèmes d'alcool ont reçu du matériel éducatif.
- Des mesures ont été entreprises afin d'apporter un soutien aux centres sociothérapeutiques et des centres d'éducation spécialisés (« Les jeunes pour les jeunes, ou autrement dit – un esprit sain dans un esprit sportif » et « Je suis un grand fan avec un « F » majuscule »).

- Des ateliers éducatifs ont été organisés et les informations sur le syndrome d'alcoolisation foetale (SAF) ont été diffusées. On a préparés également les matériaux portant sur le SAF destinés à la publication sur le site web.
 - On a signé un accord de coopération avec l'École nationale supérieure Léon Schiller de cinéma, télévision et théâtre de Łódź portant sur la production d'un long métrage montrant le fonctionnement d'un enfant issu d'une famille ayant un problème d'alcool dans le cadre des mécanismes de dépendance à l'alcool et de codépendance de ses parents. Le film sera utilisé comme le matériel pédagogique dans les centres sociothérapeutiques, dans les écoles, les clubs d'abstinence d'alcool et les centres de traitement de la dépendance, etc.
- 10/ L'organisation et le cofinancement du processus d'obtention des qualifications professionnelles par les candidats pour devenir spécialistes en psychothérapie de la dépendance et instructeurs en traitement de la dépendance.
- 11/ La mise à jour des normes de soins pour les centres de traitement de la dépendance fonctionnant 24 heures sur 24.
- 12/ La création des offres d'aide aux personnes dépendantes à l'alcool ou abusant de l'alcool, qui ont des besoins particuliers (les résidents de foyers de soins, les personnes sourdes).
- 14/ L'organisation de conférences nationales et de formations pour les employés des centres de traitement de la dépendance:
- La conférence intitulée « Travailler avec les jeunes exposés au risque de dépendance et les jeunes dépendants »,
 - La formation des psychologues travaillant dans des centres de traitement de la dépendance alcoolique dans le domaine du diagnostic psychologique (quatre voïvodies).
- 14/ Le programme de consultations dans trois centres de traitement de la dépendance qui ont déclaré avoir des difficultés à mettre en œuvre des programmes thérapeutiques autonomes ou qui se heurtent à des difficultés organisationnelles.
- 15/ L'adhésion au projet international ODHIN (un projet de recherche visant à optimiser l'administration de brèves interventions dans le secteur des soins primaires destinées aux personnes qui abusent de l'alcool).
- 16/ La mise en œuvre de la tâche intitulée AMPHORA – un projet de recherche cofinancé par la Commission européenne.
- 17/ L'adhésion au projet internationale ALICE RAP (Addictions and Lifestyles In Contemporary Europe – Reframing Addictions Project [en français: *La dépendance et les modes de vie dans l'Europe contemporaine – le recadrage du projet sur la dépendance – ndlt*]), qui vise à examiner les coûts financiers et sociaux de divers types de dépendances.

ARTICLE 12 – DROIT A LA SECURITE SOCIALE

Article 12§1

1) Cadre juridique général. La nature, les raisons et l'étendue des réformes éventuelles.
et

2) Les mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre le cadre juridique.

Dans la période couverte par le rapport, il n'y a pas eu de modifications par rapport à ce qui a été présenté dans les rapports précédents.

3) Les données chiffrées et statistiques ou toutes autres informations pertinentes, si possible, en particulier portant sur la population (en %) couverte par la législation sur les prestations thérapeutiques, les prestations de maladie, les retraites et les pensions d'invalidité, les pensions de survie, les revenus et les dépenses du Fonds des Assurances Sociales (FUS), de la KRUS et du Fonds du travail.

Recettes et charges du Fonds national pour la santé (NFZ), en zloty, sélection

	2008	2009	2010	2011
Recettes des cotisations ¹⁾	50 684 086 506,05	53 856 318 037,36	55 237 574 669,29	58 378 719 996,58
Subvention du budget de l'Etat ²⁾	1 541 684 010,13	1 889 750 446,78	1 939 511 683,86	1 984 936 487,93
Coûts des prestations de maladie, y compris:	49 348 745 576,60	55 038 582 012,53	56 643 910 396,72	58 224 320 946,43
- soins de santé de base	5 833 901 500,80	7 385 970 193,51	7 248 801 504,86	7 334 748 983,34
- soins ambulatoires spécialisés	3 940 396 061,79	4 218 779 318,28	4 196 916 043,08	4 437 171 669,08
- soins hospitaliers	23 802 148 625,56	25 775 384 964,17	26 905 733 405,50	27 552 056 810,46
- soins psychiatriques et traitement des dépendances	1 677 905 493,37	1 926 549 650,61	1 953 814 156,80	2 015 191 924,58
- réadaptation thérapeutique	1 561 334 876,53	1 754 050 712,41	1 768 902 855,41	1 829 838 642,70
- indemnité de soins et prestations de soins dans le cadre des soins de longue durée	792 515 751,83	769 005 811,99	888 128 589,40	947 028 551,21
- soins palliatifs et d'hospices	119 440 349,94	259 995 736,67	275 419 330,75	294 668 099,80
- soins stomatologiques	1 738 769 682,70	1 849 402 787,01	1 689 259 346,54	1 710 332 928,27
- soins thermaux	475 407 518,53	636 473 105,84	536 613 979,98	560 888 459,00
- urgences et transport sanitaire	30 542 578,91	34 045 638,35	35 808 481,05	36 158 291,03
- coûts des programmes préventifs de santé financés par les moyens propres du Fonds	94 941 511,21	119 164 850,21	130 913 586,78	146 749 293,07
- soins de santé contractés séparément	1 156 046 648,48	1 285 902 712,19	1 385 772 764,68	1 463 937 232,21
- fourniture de l'équipement orthopédique, moyens d'aide et moyens techniques thérapeutiques	577 033 222,22	587 479 544,39	589 883 982,74	623 785 410,84
- remboursement des prix de médicaments	7 367 045 346,83	8 238 156 838,69	8 546 258 478,09	8 831 868 013,72
- réserves destinées aux coûts de la réalisation des missions résultant des dispositions sur la coordination	154 634 459,97	173 963 895,69	228 081 820,56	320 351 468,77
- réserves destinées aux coûts de prestations thérapeutiques et de remboursement des prix de médicaments	0,00	0,00	0,00	0,00
- réserves destinées aux coûts de prestations de soins de santé dans le cadre de la migration des assurés	0,00	0,00	0,00	0,00
- coûts des soins de santé des années précédentes	26 681 947,93	24 256 252,52	263 602 070,50	119 545 168,35
Coûts des programmes de la politique de la santé réalisés sur base de la délégation	10 067 008,01	626 978,95	0,00	0,00
Coûts de la réalisation des missions des groupes d'assistance médicale d'urgence	1 468 760 714,20	1 722 515 696,56	1 726 041 908,12	1 758 472 147,34

¹⁾ Les recettes provenant des contributions au régime d'assurance maladie, soit les recettes brutes des contributions pour l'assurance-maladie comprennent les recettes des contributions actuelles et les recettes des années précédentes

²⁾ Les subventions du budget de l'Etat comprennent une subvention:

- pour la mise en œuvre des tâches visées à l'article 97, paragraphe 3, points 2a, 3 et 3b de la loi sur les prestations des soins de santé financées des fonds publics,
- pour l'accomplissement des tâches des équipes d'assistance médicale d'urgence.

Personnes affiliées à l'Institut d'assurances sociales (ZUS), état au 31.12 d'une année donnée
(en milliers)

	Assurance		
	de retraite et pensions d'invalidité	accidents	maladie
2008	14.512,7	14.036,3	13.392,0
2009	14.535,0	14.061,0	13.281,9
2010	14.656,5	14.182,6	13.234,0
2011	14.666,1	14.195,7	13.350,0

*) Sans les personnes qui reçoivent les prestations de retraite ou de pensions d'invalidité, des allocations et des prestations de préretraite et de pension sociale.

Recettes du Fonds d'Assurances Sociales (FUS), en millions de zloty

	2008	2009	2010	2011
Recettes des cotisations	82.692,2	86.537,7	89.378,7	102.549,0
Subvention du budget de l'Etat *)	32.230,0	30.503,3	38.111,7	37.513,4
Autres recettes **), y compris:	20.174,3	21.309,1	22.617,8	15734,4
remboursement des contributions versées aux Fonds de pension ouverts (OFE)	19.911,5	21.086,0	22.347,2	15.430,8

*) La subvention est destinée, entre autres, à couvrir les dépenses de prestations en espèces accordées par le Premier Ministre et le Président de l'Institut d'assurances sociales (ZUS) en vertu d'une procédure spéciale, la subvention destinée à compléter le manque de fonds pour le paiement des prestations, y compris au titre d'avoir dépassé 30 fois la base de personnes qui paient les cotisations.

**) Le remboursement des contributions versées aux Fonds de pension ouverts (OFE), le remboursement des prestations indûment perçues, les contributions volontaires au Fonds d'Assurances Sociales (FUS) au titre de la réalisation des revenus – par les personnes qui reçoivent les prestations de retraite ou de pensions d'invalidité – au titre des activités soumises à l'obligation d'affiliation à la sécurité sociale.

Dépenses du FUS aux prestations, en millions de zloty

	2008	2009	2010	2011
Retraites et pensions d'invalidité	122.288,8	135.308,4	143.442,7	149.265,4
Prestations de sécurité sociale, y compris:	9.598,0	12.276,1	13.128,6	13.127,2
Allocation de maternité	1.810,7	2.406,6	2.938,8	3.018,9
Allocations de soins	369,9	464,9	489,1	543,0
Allocations de maladie	4.905,7	6.617,5	6.820,8	7.223,4
Allocations funéraires	1.734,7	1.881,9	1.950,0	1.385,0
Allocations compensatoires	0,7	0,6	0,8	0,5
Prestations de réadaptation	776,2	890,6	924,4	960,8
Dédommagement unique	289,1	306,1	322,0	322,9
Autres prestations	5,0	5,9	5,4	5,6

Personnes affiliées à l'assurance-maladie et assurance retraite, en milliers

	2008	2009	2010	2011
Assurance maladie	13.392,0	13.281,9	13.234,0	13.350,0
Assurance retraite	14.512,7	14.535,0	14.656,5	14.666,1

Personnes visées par l'assurance-maladie obligatoire *) , en milliers

2008	2009	2010	2011
14.932,3	15.505,8	15.741,3	15.853,4

*) Sans les personnes qui reçoivent les prestations de retraite ou de pensions d'invalidité, des allocations et des prestations de préretraite et de pension sociale

Prestations familiales – nombre moyen de prestations par mois, en milliers

	2008	2009	2010	2011
Allocation familiale	3.768,3	3.314,9	3.003,3	2.767,7
Suppléments à l'allocation familiale, y compris ceux à titre de:				
- la naissance de l'enfant	17,8	16,3	15,2	13,4
- la garde d'enfant durant la période du congé parental	125,1	121,2	111,9	98,4
- l'éducation de l'enfant par un parent seul et la perte du droit à l'allocation chômage	0,4	0,02	0,001	0,0002
- l'éducation de l'enfant par un parent seul	161,6	149,3	139,4	130,2

- la formation et la réadaptation d'enfant handicapé	202,9	186,3	172,9	162,0
jusqu'à l'âge de 5 ans	33,1	31,8	28,9	27,6
après l'âge de 5 ans	169,8	154,5	144,0	134,4
- la rentrée scolaire	201,1	199,6	177,9	168,8
- la formation en dehors de lieu de domicile	408,6	361,4	326,0	298,6
pour couvrir les dépenses liées à l'installation dans une localité, où se trouve l'établissement scolaire	30,9	27,6	25,8	24,5
pour couvrir les coûts du déplacement vers la localité, où se trouve l'école	377,8	333,7	300,3	274,1
- l'éducation de l'enfant dans une famille nombreuse	629,7	558,9	504,7	462,1
Allocation de soins	771,3	836,0	873,0	898,1
Indemnité de soins	69,9	67,9	108,4	168,4
Allocation de naissance unique (moyenne mensuelle)	34,4	34,5	34,4	33,2

Prestations versées par la Caisse d'assurance sociale agricole (KRUS)

	2008	2009	2010	2011
Au total				
Nombre de bénéficiaires ^{a)}	1.477.687	1.425.785	1.374.654	1.326.638
Versements, en milliers zł	13.018.226,1	13.404.284,3	13.609.998,1	13.648.204,0
Retraites				
Nombre de bénéficiaires ^{a)}	1.175.164	1.137.685	1.096.321	1.056.307
Versements, en milliers zł	10.514.739,1	10.869.869,5	11.047.271,1	11.068.265,0
Retraites à titre d'invalidité au travail				
Nombre de bénéficiaires ^{a)}	258.427	244.488	234.786	227.018
Versements, en milliers zł	2.095.675,9	2.101.665,3	2.105.896,7	2.107.341,3
Pensions de survie				
Nombre de bénéficiaires ^{a)}	43.727	43.269	43.233	43.025
Versements, en milliers zł	406.211,0	431.168,2	455.303,7	471.144,9
GBRZ ^{b)}				
Nombre de bénéficiaires ^{a)}	369	343	314	288
Versements, en milliers zł	1.600,1	1.581,3	1.526,6	1.452,8
^{a)} Moyenne mensuelle.				
^{b)} Prestations agricoles de 50% en raison de l'admissibilité aux prestations des employés qui convergent avec les prestations étrangères.				

Prestations versées par le Fonds de contribution à la sécurité sociale pour les agriculteurs

	2008	2009	2010	2011
Allocations de maladie				
Nombre de jours	36.591.003	38.435.074	39.299.367	39.701.872
Versements, en milliers zł	310.444,8	362.976,7	393.106,4	397.120,2
Allocations de maternité				
Nombre de prestations	38.382	37.657	35.947	33.636
Versements, en milliers zł	83.705,6	98.463,1	99.422,1	96.392,1
Dédommagement unique d'accident				
Nombre de prestations	18.101	17.792	17.048	16.681
Versements, en milliers zł	62.075,0	61.003,5	58.159,8	59.535,9

Nombre d'affiliés à la KRUS, état au 31.12 d'une année donnée

	Nombre d'assurés
2008	1.574.394
2009	1.558.819
2010	1.535.461
2011	1.516.308

Retraites et pensions de la KRUS

	Nombre de retraites et pensions agricoles au total	Nombre de retraites agricoles	Nombre de pensions agricoles à titre d'inaptitude au travail	Nombre de pensions de survie
2008	1.477.687	1.175.164	258.427	43.727
2009	1.425.785	1.137.685	244.488	43.269
2010	1.374.654	1.096.321	234.786	43.233
2011	1.326.638	1.056.307	227.018	43.025

Recettes et dépenses du Fonds du Travail (FP), en millions de zloty

	2008	2009	2010	2011
RECETTES – au total, y compris:	9.103,3	10.326,4	10.971,2	10.500,8
Cotisations pour le Fonds du Travail	8.766,7	8.790,9	8.589,7	8.940,8
Subvention du budget de l'Etat	-	-	-	-
Recettes communautaires (Fonds Social Européen)	189,4	690,4	1.562,1	1.057,1
DEPENSES – AU TOTAL, DONT:	5.753,1	11.012,0	12.376,4	8.751,4
Allocations et prestations*	1.911,0	4.483,7	5.013,7	4.796,2
Formes actives, au total	3.362,4	5.877,3	6.747,9	3.327,6
formes actives (sans remboursement des rémunérations des jeunes travailleurs)	3.177,4	5.680,3	6.517,9	3.058,4
formation	280,3	379,7	306,9	83,0
travaux d'intervention	196,5	180,5	217,0	179,9
travaux publics	248,4	329,5	474,3	147,9
ressources pour commencer une activité économique et pour l'équipement de postes de travail	1.082,4	1.608,4	2.208,9	592,1
activation des diplômés, stages bourses	921,6	1.352,2	2.082,1	928,4
formation professionnelle	350,0	128,5	-	-
autres **	98,2	1.701,5	1.228,7	1.127,1
Remboursement des rémunérations des jeunes travailleurs	185,0	197,0	230,0	269,2
Autres dépenses ***	479,7	649,4	614,8	627,6

* En 2008, les prestations et les allocations de préretraite ont été payées par le ZUS des fonds provenant du budget de l'Etat, et depuis 2009 – des fonds provenant du Fonds du Travail, payées par le ZUS.

** En 2009, 567,6 millions de zł ont été transférés au ministère de la Santé pour les stages de médecins et d'infirmières, 960,0 millions de zł ont été transféré au Fonds de garantie des prestations salariales (FGŚP) pour la mise en œuvre de la loi sur l'atténuation de la crise économique, 138,0 millions de zł ont été transférés à l'Agence pour le développement industriel pour le programme d'outplacement des constructeurs au chantier naval, 53,9 millions de zł ont été transférés à subventionner les frais de formation des jeunes travailleurs. En 2010, 670,4 millions de zł ont été transférés pour les stages de médecins et d'infirmières, 330,0 millions de zł ont été transférés à subventionner les frais de formation des jeunes travailleurs, sur la prévention des inondations, 13,4 millions de zł ont été transférés pour mettre en œuvre la loi sur la prévention des inondations. En 2011, 717,6 millions de zł ont été transférés pour les stages de médecins et d'infirmières, 282,8 millions de zł ont été transférés à subventionner les frais de formation des jeunes travailleurs, 16,4 millions de zł ont été transférés pour mettre en œuvre la loi sur la prévention des inondations.

*** En 2009, les autres charges ont compris, entre autres, 219,3 millions de zł pour les salaires et les cotisations sociales des salariés de l'Office de l'emploi du powiat (PUP) et de l'Agence pour l'Emploi de Voïvodie (WUP), 51,1 millions de zł pour les dépenses en investissement. En 2010, les autres charges ont compris, entre autres, 233,9 millions de zł pour les salaires et les cotisations sociales des salariés de l'Office de l'emploi du powiat (PUP) et de l'Agence pour l'Emploi de Voïvodie (WUP), 39,9 millions de zł pour les dépenses en investissement. En 2011, les autres charges ont compris, entre autres, 335,6 millions de zł pour les salaires et les cotisations sociales des salariés de l'Office de l'emploi du powiat (PUP) et de l'Agence pour l'Emploi de Voïvodie (WUP), 17,5 millions de zł pour les dépenses en investissement.

Conclusion négative

Le montant de l'allocation de chômage est insuffisant, car elle n'atteint pas 50% de la médiane du revenu équivalent.

La Pologne déclare qu'en vertu du paragraphe 1 de l'article 12, une évaluation doit être effectuée afin de déterminer si un État donné maintient un système de sécurité sociale couvrant les risques fondamentaux. Ce n'est que le paragraphe 2 de l'article 12 qui impose l'obligation d'atteindre un certain niveau de prestations, tel que prévu par la Convention no 102 de l'OIT. Le texte du paragraphe 1 ne donne pas lieu aux précisions concernant les prestations particulières, notamment quand il s'agit de leur montant.

Le fait d'accepter d'évaluer des montants des prestations dans le cadre du paragraphe 1 se traduira par une double évaluation du niveau des prestations – une fois en vertu du paragraphe 1, sur la base des critères déterminés par les experts indépendants, et une seconde fois – en vertu du paragraphe 2, sur la base des critères précis, énoncés dans la Convention no 102 de l'OIT. Cette double évaluation indiquera l'abandon du principe bien établi dans le droit *lex specialis derogat legi generali*.

Article 12§2

1) Cadre juridique général. La nature, les raisons et l'étendue des réformes éventuelles.
et

2) Les mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre le cadre juridique.
et

3) Les données chiffrées et statistiques ou toute autre information pertinente, notamment pour déterminer la mesure dans laquelle les branches de sécurité sociale sont compatibles avec les dispositions de la Convention de l'Organisation internationale du travail (no 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum) (si les branches de sécurité sociale vont au-delà de ces dispositions ou si elles restent en dessous).

Le dernier rapport sur l'application de la Convention de l'OIT no 102 en Pologne concernant les normes minimales de la sécurité sociale a été préparé en août 2011, et il se rapportait à la période allant du 1 juillet 2006 au 30 juin 2011. Le Comité d'experts sur l'application des conventions et recommandations a examiné le rapport en 2011 mais il n'a pas jugé nécessaire d'adresser à la Pologne quelque une observation générale ou des questions directes sur l'application de la Convention. Le prochain rapport sera soumis en 2016.

Informations qui suivent concernent des parties de la Convention de l'OIT que la Pologne n'a pas ratifié.

Dénominations:

- PWb – le salaire mensuel moyen brut dans l'économie nationale,
- PWn – le salaire mensuel moyen brut dans l'économie nationale, minoré des cotisations de sécurité sociale obligatoires financées par l'assuré,
- PWno – le salaire mensuel moyen net dans l'économie nationale (PWb minoré des cotisations de sécurité sociale obligatoires financées par l'assuré et sans l'impôt sur le revenu des particuliers),
- PRNb – le salaire mensuel moyen brut d'un ouvrier non qualifié,

- PRNn – le salaire mensuel moyen brut d'un ouvrier non qualifié, minoré des cotisations de sécurité sociale obligatoires financées par l'assuré,
- PRNno – le salaire mensuel moyen net estimé d'un ouvrier non qualifié (PRNb minoré des cotisations de sécurité sociale obligatoires financées par l'assuré et sans l'impôt sur le revenu des particuliers),
- UZb – le salaire précédent brut du bénéficiaire ou de son soutien de famille,
- UZn – le salaire précédent brut du bénéficiaire ou de son soutien de famille minoré des cotisations de sécurité sociale obligatoires financées par l'assuré,
- UZno – le salaire précédent net du bénéficiaire ou de son soutien de famille (UZb minoré des cotisations de sécurité sociale obligatoires financées par l'assuré et sans l'impôt sur le revenu des particuliers),
- KB – le montant de base,
- A – le montant des prestations du bénéficiaire type et le montant des allocations familiales auxquelles il a droit lors des événements couverts par une assurance,
- B – la somme des montants du salaire précédent du bénéficiaire ou de son soutien de famille et le montant des allocations familiales versées à une personne protégée ayant les mêmes responsabilités familiales que le bénéficiaire (ou, dans le cas de l'application de l'article 66 de la Convention – la somme totale des rémunérations d'un ouvrier de sexe masculin et des prestations versées à une personne assurée ayant les mêmes responsabilités familiales qu'un bénéficiaire type),
- C – le montant total des prestations familiales fournies aux enfants,
- D – la valeur minimale des prestations fournies aux personnes protégées en vertu de l'article 44 de la Convention,
- ZCH – allocation de maladie,
- ZCHW – allocation de maladie d'accident,
- ZM – allocation de maternité,
- ZR – allocation familiale,
- Os – périodes de cotisation,
- Oh – périodes de stage hypothétique,
- E – retraite,
- RIc – pension d'invalidité à titre d'inaptitude totale au travail,
- RIcz – pension d'invalidité à titre d'inaptitude partielle au travail,
- RWc – pension d'invalidité à titre d'inaptitude totale au travail après l'accident,
- RWcz – pension d'invalidité à titre d'inaptitude partielle au travail après l'accident,
- RR – pension de survie,
- RRW – pension de survie au titre d'accident,
- PWZ – base du montant d'allocation maladie ou de maternité.

Hypothèses:

Les calculs présentés se rapportent au quatrième trimestre de 2011,

Dans les analyses portant sur le montant des prestations, la Convention exige le recours à des montants déterminées de revenus (les articles 65 et 66):

- pour l'article 65: salaire de l'ouvrier masculin qualifié:
 - ajusteur ou tourneur employé dans l'industrie mécanique (excepté l'industrie des machines électriques), ou
 - ouvrier qualifié type, sélectionné parmi le groupe constitué du plus grand nombre de personnes protégées pour des risques donnés dans les secteurs de l'industrie dans lesquels le plus grand nombre de personnes protégées ou de soutiens de famille sont employés, ou

- personne dont le revenu est de 125% du salaire moyen de l'ensemble des personnes protégées.
- ou pour l'article 66: salaire de l'ouvrier masculin non qualifié type:
 - employé dans l'industrie mécanique (excepté l'industrie des machines électriques), ou
 - sélectionné parmi le groupe constitué du plus grand nombre de personnes protégées pour des risques donnés dans les secteurs de l'industrie dans lesquels le plus grand nombre de personnes protégées ou de soutiens de famille sont employés.

Dans le cas d'application de l'article 65, aux fins de ce calcul, une mesure de vérifier le montant des prestations pour les personnes ayant un taux de rémunération de 125% du salaire moyen de l'ensemble des personnes protégées a été admise. Aux fins de cette comparaison, on a pris comme la catégorie statistique la plus similaire au salaire moyen de l'ensemble des personnes protégées – le salaire mensuel moyen dans l'économie nationale minoré de la cotisation obligatoire versée par l'assuré.

Au quatrième trimestre de 2011, la rémunération a été $PW_n = 3.095,01 \text{ zł}^2$. Aux fins de ce calcul, on a estimé le salaire mensuel moyen net dans l'économie nationale en 2011 (le salaire mensuel moyen brut dans l'économie nationale, minoré des cotisations sociales obligatoires payées par l'assuré, et sans l'impôt sur le revenu des particuliers) - $PW_{n02011} = 2.584,24 \text{ zł}$.

Dans le cas de l'application de l'article 66, on a établi que la plupart des emplois existent dans le secteur manufacturier, qui emploie 1.902,7 mille personnes³. Le montant de la rémunération de l'ouvrier non qualifié type employé dans ce secteur a été estimé sur la base de l'enquête représentative des salaires des personnes employées dans l'économie nationale, par profession, menée par l'Office central des statistiques (GUS) en octobre 2010⁴. Puisqu'il n'y a pas d'information sur les qualifications de l'employé, on a adopté – comme l'interprétation de la catégorie des ouvriers non qualifiés – un ensemble de personnes employées pour l'exécution des travaux simples, à savoir les personnes – comme cela est défini dans la classification des professions et des spécialités – comme exécutant des « tâches simples et courantes qui exigent essentiellement l'utilisation d'outils à main et souvent un effort physique »; de nombreuses professions de cette catégorie sont accessoires par rapport aux professions exigeant un niveau de qualifications plus élevé ». De cette catégorie, on a sélectionné une sous-catégorie des ouvriers employés dans les professions élémentaires dans le secteur manufacturier. Ces personnes-là effectuent, entre autres, « un montage manuel simple de composants ou un démontage des machines et des dispositifs divers, ainsi que le tri des produits, leur chargement, emballage, déplacement et transport ».

Selon l'enquête menée par GUS, le salaire moyen mensuel brut en octobre 2010 d'un employé de sexe masculin travaillant à plein temps et exécutant des tâches simples (ouvrier non qualifié) dans l'industrie manufacturière s'est élevé à 2.474,66 zł. Puisqu'il n'y a pas de données sur la rémunération de cet employé pour le quatrième trimestre de 2011, il a été nécessaire d'effectuer une estimation appropriée⁵. Les estimations obtenues pour le quatrième trimestre de 2011 ont été les suivantes: $PR_{Nb} = 2.608,59 \text{ zł}$ et $PR_{Nn} = 2.184,27 \text{ zł}$

Le salaire mensuel moyen net d'un ouvrier non qualifié au quatrième trimestre de 2011 a été estimé⁶ (le salaire mensuel moyen brut d'un ouvrier non qualifié, minoré des cotisations de sécurité sociale obligatoires payées par l'assuré, et sans l'impôt sur le revenu des particuliers) - $PR_{Nn02011} = 1.837,43 \text{ zł}$.

² Les données de l'Office central des statistiques (GUS) pour le quatrième trimestre de 2011, après la déduction des cotisations pour la sécurité sociale versées par l'employé

³ Les données pour octobre 2010 – La structure des salaires par profession en octobre 2010. GUS

⁴ La structure des salaires par profession en octobre 2010 – GUS.

⁵ Les données pour le calcul (non publiées) ont été obtenues de GUS.

⁶ Le salaire par profession en octobre 2010 – GUS.

Les autres montants applicables en vertu des règulations portant sur la sécurité sociale au quatrième trimestre de 2011 sont les suivants:

- le montant de base (KB) – 2.822,66 zł,
- le salaire mensuel moyen brut dans l'économie nationale (PWb) – 3.399,52 zł⁷,
- l'allocation familiale pour le premier et deuxième enfant⁸ (ZR) – 159,00 zł (68 zł + 91 zł). Aux fins de ce calcul, on a supposé que l'un des enfants est âgé de moins de cinq ans et l'autre est âgé de plus de cinq ans et de moins de dix-huit ans.
- le plafond de revenu pour un membre de la famille autorisant le versement de l'allocation familiale a été fixé à 504,00 zł.

Aloocations de chômage (partie IV de la Convention)

Montant des prestations

L'article 65, paragraphe 1, point c de la Convention a été appliqué (le bénéficiaire type, gagnant 125% du salaire moyen) – un homme avec une épouse et deux enfants.

Durant la période de travail, salaire antérieur : $1,25 * 2584,24 \text{ zł} = 3230,30 \text{ zł}$

Vérification de droit à l'allocation familiale:

Nombre de personnes dans la famille – 4

Revenu par personne: $Uzno_{2011}/4 = (1,25 * Pwno_{2011})/4 = 1,25 * 2584,24/4 = 807,57$

La condition pour l'obtention de l'allocation n'est pas satisfaite.

Salaire de l'employé type, y compris l'allocation pour deux enfants: 3230,30 zł

Durant la période de versement de l'allocation de chômage:

Allocation de chômage de base: 761,40 zł

Selon la Convention: $A: B \geq 45\%$

$A: B = 761,40:3230,30 = 0,24 (24\%)$

En application de l'article 66 de la Convention: l'ouvrier non qualifié, c'est à dire un homme avec une épouse et deux enfants

Durant la période de travail, salaire antérieur: 2184,27 zł

Nombre de personnes dans la famille – 4

Revenu par personne: $PRN_{no2011}: 2184,27: 4 = 546,06$ – la condition pour l'obtention de l'allocation n'est pas satisfaite

Revenu mensuel d'un travailleur type, y compris l'allocation pour deux enfants: 2184,27 zł

Durant la période de versement de l'allocation de chômage

Allocation de chômage de base: 761,40 zł

Allocation familiale pour deux enfants: 159 zł

Revenu par personne est inférieur à 504 zł, la condition pour l'obtention de l'allocation familiale est remplie.

Selon la Convention: $A: B \geq 45\%$

$A: B = (761,40 + 159): 2184,27 = 0,42 (42\%)$

Les prestations à titre d'accidents du travail et de maladies professionnelles (partie IV de la Convention)

La suspension de pensions (l'article 38 de la Convention)

Les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles font l'objet de mesures générales concernant la suspension du versement. La Convention ne prévoit pas une telle possibilité.

Montant des prestations

⁷ Le Bulletin statistique de l'Office central des statistiques (GUS)

⁸ Le montant de l'allocation dépend de l'âge de l'enfant, aux fins de ce calcul, on a pris le montant de l'allocation dont jouit un enfant de moins de 5 ans.

La Convention recommande l'examen du montant des prestations de maladie pour un bénéficiaire type, en supposant qu'il s'agit d'un homme ayant une épouse et deux enfants. Le montant de cette prestation, avec les allocations versées à la famille bénéficiaire type auxquelles elle a droit, doit être au moins équivalent à 50% du salaire antérieur, calculé avec les allocations familiales.

Vérification d'après l'article 65:

La personne ayant une relation de travail, les responsabilités familiales et les revenus d'un bénéficiaire type ($1,25 * PW_{no}$) à la lumière des règles en vigueur n'aurait pas droit aux allocations familiales pour les enfants.

Détermination du droit à l'allocation familiale:

Au cours de la période de travail:

Nombre de personnes – 4

Revenu par personne: $UZ_{no2011}/4 = (1,25 * PW_{no2011})/4 = 1,25 * 2584,24 \text{ zł}/4 = 807,57 \text{ zł}$

La condition pour l'obtention de l'allocation familiale pour les enfants n'est pas remplie.

En congé de maladie:

Nombre de personnes – 4

Le droit aux allocations familiales au quatrième trimestre de 2011 a été déterminé, comme dans le cas du travail, sur la base de revenus obtenus en 2010. Le bénéficiaire touchant les prestations de maladie conformément à la loi doit recevoir 100% de la base de calcul. La personne ayant droit a perçu le même salaire que dans le quatrième trimestre de 2011 durant la période à partir de laquelle la base d'évaluation de prestations de maladie a été calculée.

$ZCHW = PWZ = 1,25 * PW_n = 1,25 * 3095,00 \text{ zł} = 3868,76 \text{ zł}$

Salaire antérieur: $UZ_n = 1,25 * PW_n = 1,25 * 3095,00 = 3868,76 \text{ zł}$

$A = ZCHW = 3868,76 \text{ zł}$

$B = UZ_n = 3868,76 \text{ zł}$

Pour un bénéficiaire type, la prestation en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles sera égale au 100% du salaire antérieur.

La pension d'incapacité de travail au titre de l'assurance-accidents

Conformément aux dispositions de la Convention, l'analyse du montant de cette prestation doit être effectuée pour un bénéficiaire type (homme ayant une épouse et deux enfants).

En cas d'incapacité totale de travail ou de la perte totale de la capacité de gain, le montant de la pension est déterminé selon la convention à 50% des gains antérieurs du bénéficiaire, calculé avec les allocations familiales. Toutefois, dans le cas d'une perte partielle de la capacité de gain – si l'on peut supposer que cette perte sera permanente – ou dans le cas d'une détérioration importante de la condition physique, cette prestation – si elle est due – doit être en proportion des prestations prévues en cas de la perte totale de la capacité de gain ou d'une détérioration importante de la condition physique.

Selon la législation polonaise, la pension d'incapacité est établie selon une formule semblable à celle utilisée pour le calcul de la pension pour incapacité de travail, mais le montant de la pension ne peut être inférieur à 80% de la pension de base dans le cas de la personne atteinte d'incapacité totale de travail, et inférieur à 60% de la pension de base dans le cas de la personne atteinte d'incapacité partielle de travail, si le pensionné n'a pas bénéficié de la possibilité de calculer le montant des prestations sur la base de l'indice non limité à 250% du taux de la base de calcul⁹.

Vérification pour les pensions d'incapacité totale de travail suite à un accident ou à une maladie professionnelle (RWc) sur la base de l'article 65:

⁹ Les articles 17 et 18, paragraphe 2, de la Loi du 30 octobre 2002 sur l'assurance sociale à titre d'accident du travail et maladie professionnelle (JO de 2009 no 167, point 1322, tel que modifié).

A: $B \geq 50\%$

Montant de la pension:

$$RW_c = 0,8 * (1,25 * PW_b / PW_b) * KB = 2822,66 \text{ zł}$$

Détermination du droit à l'allocation familiale:

Au cours de la période de travail:

Nombre de personnes – 4

Revenu par personne: $UZ_{no2011}/4 = (1,25 * PW_{no2011})/4 = 1,25 * 2584,24 \text{ zł}/4 = 807,57 \text{ zł}$ – le critère du revenu donnant droit à l'allocation familiale n'est pas rempli.

Pour les pensionnés, le revenu par personne ne donne pas non plus droit aux allocations familiales pour les enfants.

$$A = RW_c = 2822,66$$

$$B = UZ_n = 1,25 * PW_n = 1,25 * 3095,00 \text{ zł} = 3868,76 \text{ zł}$$

$$A : B = 2822,66 \text{ zł} : 3868,76 \text{ zł} = 0,729 (73\%)$$

Vérification pour les pensions d'incapacité partielle de travail suite à un accident ou à une maladie professionnelle sur la base de l'article 65.

A: $B \geq 50\%$

$$A = RW_{cz} = 0,6 * (1,25 * PW_b / PW_b) * KB + 2ZR = 0,6 * 1,25 * 2822,66 \text{ zł} = 2116,99 \text{ zł}$$

$$B = UZ_n = 1,25 * PW_n = 1,25 * 3095,00 \text{ zł} = 3868,76 \text{ zł}$$

$$A : B = 2116,99 : 3868,76 = 0,547 (55\%)$$

La condition établie à l'article 36, paragraphe 2, de la Convention qui prévoit que le montant de cette pension doit être en proportion des pensions d'incapacité partielle de travail suite à un accident ou à une maladie professionnelle, est remplie.

La pension de survie suite à un accident (prestation suite au décès du soutien de famille)

Conformément aux dispositions de la Convention, l'analyse du montant de cette prestation doit être effectuée pour un bénéficiaire type (homme ayant une épouse et deux enfants).

Comme dans le cas de la pension de survie « ordinaire », la pension de survie suite à un accident constitue – dans le cas de la veuve avec deux enfants – 95% de la prestation due au bénéficiaire (suite à un accident ou à une maladie professionnelle), en supposant que cette personne était totalement incapable de travailler. Dans le même temps, cette prestation ne peut pas être inférieure à 120% du montant de la prestation la moins élevée, accordée selon les principes généraux.

Selon la Convention, le montant de la pension de survie suite à un accident d'un bénéficiaire type, avec toutes les allocations auxquelles il a droit, doit être égal à au moins 40% du salaire antérieur du soutien de famille et des allocations familiales dues à la personne protégée qui a les mêmes charges de famille que le titulaire d'une pension de survie.

La vérification du montant de la pension de survie suite à un accident (RRW) sur la base de l'article 65:

A: $B \geq 40\%$

$$RRW = 0,95 * \{0,8 * (1,25 * PW_b / PW_b) * KB\} = 0,95 * (0,8 * 1,25 * 2822,66 \text{ zł}) = 2681,52 \text{ zł}$$

Détermination du droit à l'allocation familiale:

Au cours de la période de travail:

Nombre de personnes – 4

Le revenu par personne: $UZ_{no2011}/4 = (1,25 * PW_{no2011})/4 = 1,25 * 2584,24 \text{ zł}/4 = 807,57 \text{ zł}$ – le critère du revenu donnant droit à l'allocation familiale n'est pas rempli.

Pour les pensionnés:

Nombre de personnes – 3, mais le droit aux allocations familiales a été établi à un moment où la personne, après la mort de laquelle une pension de survie suite à un accident a été accordée, était encore en vie, d'où le revenu par personne:

$$UZ_{no2011}/4 = (1,25 * PW_{no2011})/4 = 1,25 * 2584,24 \text{ zł}/4 = 807,57 \text{ zł}$$

- les critères donnant droit à l'allocation familiale ne sont pas remplis.

RRW = 2681,52 zł

UZn = 1,25 * PWn = 1,25 * 3095,00 = 3868,76 zł

A = RRW = 2681,52 zł

B = UZn = 3868,76

A : B = 2681,52 zł : 3868,76 zł = 0,693 (70%)

Les pensions pour incapacité de travail (partie IX de la Convention)

Suspension des prestations (article 58 de la Convention)

Les pensions pour incapacité de travail font l'objet de mesures générales de suspension. La Convention ne prévoit pas une telle possibilité.

Montant des prestations (article 56 de la Convention)

Conformément aux dispositions de la Convention, l'analyse du montant de cette prestation doit être effectuée pour un bénéficiaire type (homme ayant une épouse et deux enfants).

Selon les règles applicables, dans le cas du pensionné incapable de travailler, ainsi que dans le cas de l'ancien employé, l'épouse n'a pas droit à une allocation familiale. Par conséquent, un pensionné type et un bénéficiaire type ont droit aux allocations familiales pour les enfants s'ils remplissent le critère du revenu.

Selon la Convention, le niveau minimal de prestations, y compris les allocations familiales, doit être égal à au moins 40% des gains antérieurs et des allocations familiales.

La Convention exige – pour le calcul du montant de la pension pour incapacité de travail – selon l'article 57, paragraphe 1a, que la prestation d'un tel montant soit garantie à une personne protégée ayant un stage de 15 années de cotisation ou d'emploi, d'où la supposition de 15 années de cotisation dans le cas des calculs. Selon la législation polonaise, l'ancienneté prise en compte pour le calcul du montant de la pension pour incapacité de travail est complétée par un stage hypothétique, afin d'obtenir la période contributive et non contributive requise de 25 ans complets, allant de la date du dépôt de la demande de pension à la date à laquelle le pensionné a atteint l'âge de 60 ans.

Les calculs relatifs aux pensions pour incapacité totale de travail, conformément à l'article 65.

A : B ≥ 40%

$R_{Ic} = 0,24 * KB + (O_s * 0,013 + O_h^{10} * 0,007) * (1,25 * PW_b / PW_b) * KB$

$R_{Ic} = 0,24 * 2822,66 \text{ zł} + (15 * 0,013 + 6,3 * 0,007) * 1,25 * 2822,66 \text{ zł} = 1559,53 \text{ zł}$

Détermination du droit à l'allocation familiale:

Au cours de la période de travail:

Nombre de personnes – 4

Revenu par personne: $UZ_{n2011}/4 = (1,25 * PW_{n2011})/4 = 1,25 * 2584,24 \text{ zł}/4 = 807,57 \text{ zł}$

- le critère du revenu donnant droit à l'allocation familiale n'est pas rempli.

Pour les pensionnés:

Nombre de personnes – 4

Le droit aux allocations familiales au quatrième trimestre de 2011 a été déterminé, comme dans le cas du travail, sur la base de revenus obtenus en 2010, alors seulement après la détermination du revenu sur la base du montant de la pension, et ainsi l'allocation en 2012 sera payable dans le cas de deux enfants, parce que le revenu par personne est inférieur à 504 zł par mois.

A = $R_{Ic} = 1559,53 \text{ zł}$

B = $UZ_n = 1,25 * PW_n = 1,25 * 3095,00 \text{ zł} = 3868,76 \text{ zł}$

A : B = 1559,53 : 3868,76 = 0,41 (41%)

¹⁰ La durée moyenne d'un stage hypothétique pour une personne ayant la période de cotisation de 15 ans, ayant reçu une pension d'incapacité de travail était en 2011 de 6,3 ans – les données de l'Office central des statistiques (GUS)

Pour la détermination du droit aux allocations familiales (revenu de pension par personne est inférieur à 504 zł), alors A: B= (1559,53 zł + 159 zł): 3868,76 zł = 0,45 (45%)

La vérification de la conformité avec les exigences de la Convention dans le cas de la pension pour incapacité partielle de travail, conformément à l'article 65. Selon la législation applicable, la pension pour incapacité partielle de travail constitue 75% de la pension pour incapacité totale de travail.

A: B ≥ 40%

$$RIcz = 0,75 * \{0,24 * KB + (Os * 0,013 + Oh * 0,007) * (1,25 * PWb / PWb) * KB\}$$

$$RIcz = 0,75 * \{0,24 * 2822,66 \text{ zł} + (15 * 0,013 + 6,1 * 0,007) * 1,25 * 2822,66 \text{ zł}\} = 1169,64 \text{ zł}$$

$$A = RIcz = 1169,64 \text{ zł}$$

$$B = UZn = 1,25 * PWn = 3868,76 \text{ zł}$$

$$A: B = 1169,64: 3868,76 = 0,31 (31\%)$$

Dans le cas de rétablissement du droit aux prestations familiales (revenu de pension par personne est inférieur à 504 zł), alors A: B= (1169,64 zł + 159 zł): 3868,76 zł = 0,35 (35%)

On a utilisé la possibilité d'abaisser le seuil à 30% (article 57, paragraphe 3, de la Convention) – cela est possible parce que la personne protégée – ayant cinq ans d'ancienneté – a le droit de recevoir une pension pour incapacité de travail.

A: B ≥ 30%

$$RIcz = 0,75 * \{0,24 * KB + (Os * 0,013 + Oh^{11} * 0,007) * (1,25 * PWb / PWb) * KB\}$$

$$RIcz = 0,75 * \{0,24 * 2822,66 \text{ zł} + (5 * 0,013 + 17,2 * 0,007) * 1,25 * 2822,66 \text{ zł}\} = 1037,34 \text{ zł}$$

$$A = RIcz + 2ZR(\text{pour enfants}) = 1037,34 \text{ zł} + 159 \text{ zł} = 1196,34 \text{ zł}$$

$$B = UZn = 1,25 * PWn = 3868,76 \text{ zł}$$

$$A: B = 1196,34 \text{ zł}: 3868,76 \text{ zł} = 0,31 (31\%)$$

sans droit aux allocations familiales pour deux enfants, ce rapport est de 27%.

Article 12§3

1) Cadre juridique général. La nature, les raisons et l'étendue des réformes éventuelles.

et

2) Les mesures (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) prises pour mettre en œuvre le cadre juridique.

Pour plus d'informations sur les modifications du système de soins médicaux – voir la réponse à la question 1 concernant l'article 11, paragraphe 1.

La réforme du système de sécurité sociale, introduite en 1999, divise le système en trois piliers, dont deux obligatoires – ZUS (l'Institut d'assurances sociales, avec un fonds de pension séparé, dans le cadre du Fonds des assurances sociales – FUS) et les Fonds de pension ouverts (OFE, avec les fonds accumulés dans les fonds de pension ouverts), et le troisième pilier facultatif, sur lequel sont accumulés les fonds afin de compléter les revenus de retraite provenant de la partie obligatoire du système. Dès 1 janvier 2012, le troisième pilier du système de retraite, soutenu par l'État avec un allègement fiscal ou un avantage fiscal, inclut les mesures suivantes: les régimes professionnels de retraite, les comptes de retraite individuels et les comptes de prévision retraite individuels.

Le but de la loi du 17 octobre 2008 modifiant la loi du 13 octobre 1998 sur le système de sécurité sociale a été d'introduire la détermination annuelle de l'assiette des cotisations au système. Cela a facilité aux entrepreneurs de mener des activités économiques en raison du

¹¹ La durée moyenne d'un stage hypothétique pour une personne ayant la période de cotisation de 5 ans (qui a reçu une pension d'incapacité de travail en 2011) était de 17,4 ans – les données de l'Office central des statistiques (GUS)

fait que le coût de mener une activité économique, en ce qui concerne les cotisations de sécurité sociale, est déterminé une fois par an. On a introduit la possibilité de choisir la manière de transmettre par le payeur à l'assuré – les informations provenant des rapports mensuels concernant, entre autres, la liste des cotisations de sécurité sociale dues divisée en: assurance-vieillesse, assurance-invalidité, assurance-maladie et assurance-accidents. Grâce à ce changement, le payeur a la possibilité de transférer des informations à l'assuré, avec son consentement, sous forme électronique.

La modification de la loi sur le système de sécurité sociale, mise en place par la loi du 7 novembre 2008 modifiant la loi – Le système de taxation et des autres lois visant à fournir des micro-entrepreneurs, au sens de la loi sur la liberté de l'activité économique, le moyen de choisir la façon de payer des cotisations de sécurité sociale, sous forme de virement bancaire ou sous forme d'un mandat postal.

Les modifications introduites par la loi du 19 décembre 2008 portant sur la modification de la loi sur la promotion de l'emploi et sur les institutions du marché du travail et sur la modification de certains autres actes liés ont exempté les Offices de l'emploi du powiat (PUP) de l'obligation de payer des cotisations de sécurité sociale des prestations d'intégration versées par les centres d'intégration sociale. Étant donné que les prestations d'intégration sont payées par les centres d'intégration sociale aux participants aux activités organisées par les mêmes centres, il n'y avait aucune justification pour imposer l'obligation de payer des cotisations aux Offices de l'emploi du powiat, dont la tâche principale consiste à rembourser – du Fonds du travail – les prestations et les cotisations de sécurité sociale déjà payées par les centres d'intégration sociale. Le centre d'intégration sociale est devenu un organisme responsable pour le paiement de cotisations de sécurité sociale à l'égard des personnes recevant les prestations d'intégration.

La loi du 9 janvier 2009 modifiant la loi sur le système de sécurité sociale prévoit une extension de la période de paiement, par le ZUS, des contributions au Fonds de réserve démographique et l'augmentation de ses revenus au moyen des recettes de privatisation. La loi énonce les moyens d'investissement des fonds du FRD provenant de la privatisation – dans les titres émis par le Trésor et fixe la partie de la cotisation payée au Fonds au niveau de 0,35% de l'assiette des cotisations de sécurité sociale.

La loi du 24 avril 2009 portant sur la modification de la loi sur le système de sécurité sociale et de la loi Le droit bancaire a introduit les dispositions de la loi en vertu desquelles les personnes qui perçoivent les allocations de maternité ou une allocation d'un montant égal aux allocations de maternité et en même temps exercent un travail à domicile, un travail sur la base d'un contrat d'agence ou d'un contrat de commande, qui mènent une activité non agricole (ou en collaboration avec elle), effectuent un travail rémunéré sur la base d'un renvoi à un emploi, purgent une peine de prison ou sont membres du clergé – toutes ces personnes sont soumises à une obligation d'assurance au sein du système de retraite obligatoire au titre de la perception des allocations de maternité (ou d'une allocation d'un montant égal aux allocations de maternité), indépendamment du droit attribué à la retraite ou pension. Ces personnes peuvent, toutefois, volontairement et sur demande, être couvertes par l'assurance de retraite et de pension sur la base des autres titres. En outre, les personnes qui sont soumises à une obligation d'assurance au sein du système de retraite obligatoire au titre de la perception des allocations de maternité (ou d'une allocation d'un montant égal aux allocations de maternité), et sont devenues des employés, les membres des coopératives ou les agents des douanes, ne perdent pas cette assurance, et sont assurées sur la base de ces deux titres. Cette

règle s'applique à une situation dans laquelle une femme accepte un emploi au cours de la perception des allocations de maternité.

La loi du 24 juin 2009 portant sur la modification de la loi sur les indemnités des députés au Parlement européen élus en Pologne et certains autres actes vise la mise en œuvre de la décision 2005/684/CE du Parlement européen du 28 septembre 2005 portant adoption du statut des députés au Parlement européen. Le statut définit les conditions d'exercice des fonctions de membres du Parlement européen et vise à introduire des prestations harmonisées pour tous les membres du Parlement européen. En vertu de la loi, seuls les membres du Parlement européen qui restent membres du système de retraite national sont soumis à une obligation d'assurance dans le cadre du système de retraite obligatoire. C'est la Chancellerie de la Diète polonaise qui est le payeur de cotisations à ces députés qui restent soumis au système de retraite national.

La loi du 3 décembre 2009 modifiant la loi sur le système de sécurité sociale a permis d'assouplir les règles d'alimentation du Fonds des assurances sociales: en plus des subventions provenant du budget de l'Etat, le Fonds des assurances sociales peut se voir accorder des prêts sans intérêt, du budget de l'Etat. La loi fixe également les lignes directrices que toute réglementation sur l'utilisation des ressources appartenant au Fonds de réserve démographique et toute réglementation sur les prêts accordés au Fonds des assurances sociales devraient inclure.

Les modifications de la loi sur le système de sécurité sociale, introduites par la loi du 3 décembre 2010 portant sur la mise en œuvre de certaines dispositions de l'Union européenne dans le domaine de l'égalité de traitement avaient pour but de compléter les dispositions existantes concernant l'égalité de traitement (l'implémentation des dispositions de l'Union européenne – le renforcement du principe de l'égalité de traitement dans de différents domaines).

La loi du 28 avril 2011 modifiant la loi sur le système de sécurité sociale et certains autres actes a introduit une modification consistant à définir des mêmes règles de protection des droits des cotisants et de l'Institut d'assurances sociales (ZUS), pour ce qui concerne des revendications des cotisations de sécurité sociale.

Selon la loi du 29 juillet 2011 modifiant la loi sur les règles d'enregistrement et d'identification des contribuables et des cotisants et de certains autres actes, on a renoncé à l'exigence d'avoir un numéro d'identification fiscale (NIP) par les personnes physiques inscrites dans le Registre d'Identification Nationale et possédant un numéro d'identification national PESEL, si ces personnes n'exercent pas une activité économique ou ne sont pas des redevables de la TVA enregistrés.

La loi du 19 août 2011 sur les services de paiement a introduit des règles concernant les services de paiement et les activités consistant à fournir des services de paiement afin d'assurer l'harmonisation de ces services à travers de l'Union européenne (l'implémentation de la directive 2007/64/CE du Parlement européen et du Conseil du 13 novembre 2007 concernant les services de paiement dans le marché intérieur modifiant les directives 97/7/CE, 2002/65/CE, 2005/60/CE ainsi que 2006/48/CE et abrogeant la directive 97/5/CE). La modification de la loi sur le système de sécurité sociale permet aux cotisants de payer les cotisations de sécurité sociale par le biais des établissements de paiement et des bureaux des services de paiement.

Le but de la loi du 16 septembre 2011 sur l'allègement de certaines obligations des citoyens et des entrepreneurs est de créer un environnement juridique et institutionnel favorable à l'entrepreneuriat, l'innovation et l'investissement, en réduisant les charges administratives imposées aux entreprises et la suppression des restrictions sur le développement de l'entrepreneuriat. Certaines obligations de transmettre des informations ont été abolies ou leur fréquence ou le coût de leur mise en œuvre ont été réduits. Dans le domaine du système de sécurité sociale, la prescription des revendications relatives aux contributions a été raccourcie de 10 à 5 ans. La fréquence de l'obligation de transmission des informations par le payeur aux assurés, en ce qui concerne les cotisations payées à l'Institut d'assurances sociales (ZUS) et au Fonds national pour la santé (NFZ) a été réduite. On a introduit la possibilité de transmettre à l'assuré des informations contenues dans des rapports mensuels ne qu'une fois par an ou à la demande de l'employé, mais pas plus souvent qu'une fois par mois. On a créé aussi la possibilité que le payeur des cotisations adresse à l'assuré les informations concernant l'année précédente, ventilées par mois, au plus tard le 28 février de l'année suivante.

En vertu de la loi du 4 février 2011 sur la prise en charge des enfants jusqu'à 3 ans, dès le 1 octobre 2011 l'Etat verse des cotisations de sécurité sociale pour les bonnes d'enfants qui reçoivent un salaire ne dépassant pas le salaire minimum. Les cotisations à l'assurance-vieillesse, à l'assurance-invalidité, à l'assurance-maladie et à l'assurance-accidents pour la bonne qui gagne moins que le salaire minimum sont financées par le Fonds national pour la santé (NFZ) du budget de l'Etat. Les parents de l'enfant financent les cotisations si le salaire de la bonne dépasse le salaire minimum. Ils versent alors les cotisations sur le salaire en excédent du salaire minimum.

En vertu de la loi du 21 décembre 2011 sur la modification de la loi sur le système de sécurité sociale, les cotisations à l'assurance-invalidité sont passées de 6% à 8% (1,5% du côté des assurés, 6,5% du côté du payeur de cotisations). Pour les employeurs, cela signifie le retour à l'état qui était en vigueur dans la première moitié de l'année 2007.

La loi du 28 mars 2008 sur la modification de la loi du 17 décembre 1998 sur les retraites et les pensions du Fonds des assurances sociales (FUS) et certains autres actes:

- on a introduit la possibilité de départ à la retraite par un homme après avoir atteint l'âge de 60 ans, s'il a complété au moins 35 années de cotisations contributives et non contributives, ou s'il a complété au moins 25 années de cotisations contributives et non contributives, et a été considéré comme totalement incapable de travailler, à condition qu'il remplisse tous les critères requis avant la fin de décembre 2008. Cette modification ne s'applique qu'aux hommes nés avant le 1 janvier 1949,
- un changement dans la détermination de la période après l'expiration de laquelle les cotisations pour l'assurance sociale agricole versées en trop ou indûment ne seront plus remboursables,
- une modification des dispositions relatives aux contributions indûment versées dans le cadre du système général de sécurité sociale,
- une modification des dispositions relatives aux renseignements fournis par l'établissement sur le relevé de compte de l'assuré.

La loi du 28 mars 2008 sur la modification de la loi sur les retraites et les pensions du Fonds des assurances sociales et certains autres actes a été adoptée en vue d'exécuter l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 23 octobre 2008 dans lequel la privation des hommes de la possibilité de prendre leur retraite après avoir atteint l'âge de 60 ans et après avoir démontré

qu'ils ont complété au moins 35 années de cotisations contributives et non contributives a été déclarée contraire à la Constitution de la République de Pologne.

La loi du 5 décembre 2008 relative à la modification de la loi sur le système de sécurité sociale et de la loi sur les retraites et les pensions du Fonds des assurances sociales (FUS) couvre les nouvelles dispositions concernant:

- la couverture par l'assurance des personnes qui gèrent des écoles ou des établissements d'enseignement non publics,
- les personnes conduisant une activité économique, concluant des contrats de travail à domicile, en étendant les règles d'assurance établies pour les inclure dans ces règles établies pour les personnes qui concluent des contrats de commande,
- les militaires à la retraite et les officiers des services en uniforme qui perçoivent la retraite « militaire »,
- les autres membres des familles des militaires à la retraite et des officiers des services en uniforme,
- le mode de négociation du taux d'indexation des retraites et des pensions dans la partie qui dépend de la croissance des salaires réels.

En vertu de la loi du 4 septembre 2008 modifiant la loi sur les retraites et les pensions du Fonds des assurances sociales s'il est impossible de déterminer l'assiette des cotisations pendant la période de la relation de travail qui a été utilisée pour déterminer la base de calcul de la retraite et pension, comme l'assiette des cotisations est pris le montant des cotisations pour le salaire minimum en vigueur à l'époque, en proportion de la durée de l'assurance et du temps de travail. Ce changement était nécessaire parce que beaucoup de assurés, malgré tous leurs efforts, n'ont pas été en mesure de soumettre des registres de paie pour quelques années d'assurance et ont été donc privés de possibilité de recevoir des prestations de retraite et de pension plus élevées.

La loi du 19 décembre 2008 sur les retraites de transition spécifie le type de travail exercé dans des conditions particulières et les travaux d'un caractère spécial, et donne droit aux personnes qui travaillent dans des conditions particulières ou exercent les travaux d'un caractère spécial, et impose à l'employeur l'obligation de payer des cotisations au Fonds des pensions de transition pour ces personnes. La loi spécifie les règles de paiement des cotisations au Fonds des pensions de transition et les règles de financement des retraites de transition, ainsi que les obligations du ZUS et des cotisants dans le cadre de la création et le maintien du registre et de la liste des postes de travail exercé dans des conditions particulières. Les dispositions permettant un départ anticipé à la retraite de transition n'ayant aucune réflexion dans les cotisations à l'assurance-vieillesse versées en réalité sont en train d'expirer progressivement, jusqu'à leur liquidation complète. Dans l'avenir, un départ anticipé à la retraite ne sera possible que dans le cadre du système des retraites de transition, à savoir pour les personnes qui travaillent dans des conditions particulières ou exercent les travaux d'un caractère spécial. Le principe de la solidarité et de la justice entre les générations était la *ratio legis* des mesures prises afin de permettre aux gens travaillant dans des conditions particulières ou exerçant les travaux d'un caractère spécial qui ont perdu la possibilité d'un départ à la retraite anticipée de partir à la retraite de transition.

La loi du 16 décembre 2010 sur la modification de la loi sur les finances publiques et certains autres actes, visait à réduire le niveau de la dette publique et les coûts du service de la dette, de réduire le déficit des finances publiques grâce à l'introduction de règles disciplinaires, dont le but est de limiter le risque d'une augmentation excessive des dépenses budgétaires. Cette

loi a introduit le principe selon lequel le versement des retraites aux personnes qui n'ont pas mis fin à la relation de travail est suspendu. Le droit à la retraite est suspendu, quel que soit le montant des revenus perçus par le pensionné en raison de son emploi qui n'a pas été terminé et qui a été continué auprès de l'employeur pour lequel il a effectué le travail immédiatement avant l'acquisition des droits à la retraite, prévus dans la décision de l'autorité accordant ces droits. Pour les personnes qui ont acquis le droit à la retraite lorsqu'elles étaient encore dans une relation de travail, dès 2011 l'autorité qui accorde les droits à la retraite ne procède même pas au paiement de ces prestations, si la relation de travail n'a pas été terminée. Les personnes qui ont acquis les droits à la retraite avant le 1 janvier 2011 et qui continuent à travailler dans le cadre du même contrat de travail avec le même employeur auprès duquel ils ont travaillé immédiatement avant l'acquisition du droit à la retraite, les prestations de retraite ont été versées jusqu'à la fin de septembre 2011.

En vertu de la loi du 25 mars 2011 sur la modification de certaines lois relatives au fonctionnement du système de sécurité sociale, la loi sur les retraites et les pensions du Fonds des assurances sociales a été modifiée. Maintenant, quand il est nécessaire de désigner un tuteur légal pour un pensionné ou un retraité, jusqu'au moment de la désignation de ce tuteur, les prestations peuvent être versées à la personne qui a la garde effective du pensionné ou du retraité.

La loi du 28 juillet 2011 modifiant la loi sur les retraites et les pensions du Fonds des assurances sociales a changé:

- les règles d'octroi des prestations d'incapacité de travail pour les personnes qui ont une longue période de cotisations,
- les règles de prescription des revendications relatives à l'allocation funéraire,
- les principes de calcul du capital initial.

L'une des conditions pour l'obtention d'une prestation d'incapacité de travail par les personnes âgées de plus de 30 ans est de prouver 5 années contributives et non contributives au cours des 10 dernières années, avant le dépôt de la demande de pension ou avant la date du début de l'incapacité de travail. Selon la loi modifiée, cette condition peut être omise par rapport aux personnes assurées qui ont fait preuve des périodes de cotisation d'au moins 25 ans pour les femmes et d'au moins 30 ans pour les hommes, et elles ont été considérées comme totalement incapables de travailler.

Le droit à une allocation funéraire expire si aucune demande d'octroi n'a été déposée dans les 12 mois suivant la date du décès de la personne assurée. Si le dépôt de la demande d'octroi d'allocation funéraire n'a pas été possible durant les 12 mois suivant la date du décès parce que la dépouille a été découverte ultérieurement ou la personne décédée a été identifiée ultérieurement ou pour d'autres raisons indépendantes de la volonté de la personne ayant droit aux prestations, le droit à une allocation funéraire expire après le délai de 12 mois à compter de la date de l'enterrement.

Avant la modification de la loi, afin de calculer le capital initial il suffisait d'indiquer les bénéficiaires de 10 années civiles consécutives, choisies arbitrairement parmi celles entre le 1 janvier 1980 et le 31 décembre 1998. Selon la loi modifiée les personnes concernées peuvent indiquer les 10 années civiles consécutives antérieures au 1 janvier 1999. L'ancienneté de l'assuré antérieure au 1 janvier 1999, à savoir celle qui est prise en compte pour le calcul du capital initial, peut être définie en jours, si cette méthode est plus favorable à l'assuré. Grâce à cette solution, le capital initial pourra être calculé également à ces assurés qui, avant le 1er janvier 1999, n'ont pas travaillé pendant au moins 6 mois et un jour.

On a introduit une solution, selon laquelle, si la période indiquée pour la détermination de la base de calcul du capital initial couvre l'année civile au cours de laquelle l'assuré a rejoint l'assurance sociale pour la première fois en vertu des dispositions de la législation polonaise, et il a été assuré pendant une partie de cette année, pour calculer le ratio du montant de l'assiette des cotisations et des sommes qui, tout en n'étant pas l'assiette des cotisations, afin de déterminer la base de calcul du capital initial (prestations d'assurance maladie, indemnités en espèces, allocations de chômage versées pour la période de maladie, etc.) durant cette année par rapport au salaire moyen, sera prise en compte la somme des montants du salaire moyen mensuel annoncé pour cette année civile, correspondant au nombre de mois assurés. Les personnes à qui on a déjà attribué le capital initial peuvent demander au ZUS une nouvelle détermination de ce capital initial, comme c'est prévu dans la loi modifiée. Si une personne ne présente pas une demande d'une nouvelle détermination de ce capital initial, le ZUS appliquera les nouvelles règles d'office, en considérant la demande de retraite déposée par cette personne, si cette solution sera plus avantageuse pour le retraité.

La loi du 11 avril 2008 portant sur la modification de la loi sur les prestations en espèces provenant de la sécurité sociale en cas de maladie et de maternité, change le groupe des personnes ayant droit à l'allocation de soins – des personnes obligatoirement assurées ont été replacées par l'ensemble des assurés.

La loi du 6 décembre 2008 modifiant la loi le Code du travail et certains autres lois a réduit le délai d'attente pour les prestations de maladie pour les personnes assurées volontairement de 180 jours à 90 jours, et on a prolongé la période de versement des prestations de maladie en raison de l'incapacité de travailler pendant la grossesse, de 182 jours à 270 jours. On a ajusté les dispositions concernant les allocations de maternité aux nouvelles dispositions du Code du travail (congé de maternité supplémentaire, congés supplémentaires aux conditions du congé de maternité, congé de paternité) et on a introduit une allocation de garde d'enfant supplémentaire pour un maximum de huit semaines et qui peut être octroyé au père de l'enfant. On a introduit le principe selon lequel la durée du congé dépend du nombre d'enfants nés lors d'un accouchement. Cette durée du congé est la suivante:

- de 20 semaines, si la femme accouche d'un enfant, lors d'un accouchement,
- de 31 semaines, si la femme accouche de 2 enfants, lors d'un accouchement,
- de 33 semaines, si la femme accouche de 3 enfants, lors d'un accouchement
- de 35 semaines, si la femme accouche de 4 enfants, lors d'un accouchement,
- de 37 semaines, si la femme accouche de 5 ou plus d'enfants, lors d'un accouchement.

Par rapport à la situation avant la modification de la loi, le congé de maternité pour le premier enfant a été prolongé (avant la modification de la loi – 18 semaines) et le congé de maternité pour la naissance de plus d'un enfant (avant la modification de la loi – 28 semaines).

Le congé aux conditions du congé de maternité a été prolongé pour l'adoption d'un enfant /des enfants. La durée du congé est assujetti au nombre d'enfants pris en charge en même temps par la famille adoptive (avant la modification de la loi – 18 semaines, indépendamment du nombre d'enfants pris en charge). Cette durée du congé est la suivante:

- 20 semaines pour l'adoption d'un enfant,
- 31 semaines dans le cas de l'adoption simultanée de deux enfants,
- 33 semaines dans le cas de l'adoption simultanée de trois enfants,
- 35 semaines dans le cas de l'adoption simultanée de quatre enfants,
- 37 semaines dans le cas de l'adoption de cinq enfants ou plus,

jusqu'à l'âge de 7 ans, ou en cas d'enfant à l'égard de qui une décision sur la dérogation de l'obligation de scolarité a été prise – jusqu'à l'âge de 10 ans au maximum. Le congé minimal

aux conditions du congé de maternité, dans le cas de l'adoption de l'enfant jusqu'à l'âge de sept ans, jusqu'à l'âge de dix ans, a été prolongé de 8 à 9 semaines.

On a introduit également la possibilité d'interrompre le congé de maternité par une employée qui a besoin de soins hospitaliers et ne peut pas s'occuper de son enfant. On a introduit également la possibilité d'attribuer le droit au congé de maternité et aux allocations maternité à l'employé – le père de l'enfant – pour la durée de l'hospitalisation de la mère de l'enfant. Ces règles s'appliquent, respectivement, aux autres assurés que les employés.

Le père de l'enfant, s'il est assuré, ou un autre membre de la famille proche de l'enfant, ont droit, indépendamment de l'assiette de base de l'allocation de soins pour un enfant ou pour un membre de la famille qui est malade, à l'allocation de garde d'enfant additionnelle, versée durant 8 semaines au maximum, pour la durée de l'hospitalisation de la mère de l'enfant qui est assurée et qui perçoit l'allocation de maternité durant 8 semaines après l'accouchement.

On a introduit également la possibilité de percevoir l'allocation de maternité pendant les congés non-obligatoires: le congé de maternité supplémentaire ou le congé supplémentaire aux conditions du congé de maternité, dont la durée – à partir du 1 janvier 2010 jusqu'au 31 décembre 2011 – s'établit comme suit:

- jusqu'à 2 semaines – dans le cas de la naissance ou de l'adoption d'un enfant,
- jusqu'à 3 semaines – dans le cas de la naissance ou de l'adoption de plus d'un enfant.

Le congé sera prolongé à partir du 1 janvier 2012 pour atteindre la durée cible le 1 janvier 2014.

Du délai prolongé de paiement de l'allocation de maternité peut également bénéficier le père qui élève l'enfant, s'il est assuré, quand la mère ne profite pas de ces droits.

A l'assuré – le père qui élève l'enfant – on a accordé le droit inhérent aux prestations de maternité pour la période du congé de paternité, s'élevant à une semaine, à utiliser avant que l'enfant n'atteigne l'âge de 12 mois. Cette durée sera étendue à partir du 1 janvier 2012.

La loi du 19 décembre 2008 portant sur la modification de la loi sur la promotion de l'emploi et sur les institutions du marché du travail et sur la modification de certains autres actes liés a introduit une période plus courte (14 jours par année civile) de la prise en charge des frais médicaux par l'employeur dans le cas de maladie d'un employé âgé d'au moins 50 ans. L'objectif de la diversification des tranches d'âge était d'introduire des avantages pour les employeurs qui embauchent des travailleurs âgés – dans le cas des personnes âgées, les frais médicaux sont aussitôt pris en charge par le ZUS.

La loi du 28 août 2009 portant sur la modification de la loi sur les prestations en espèces provenant de la sécurité sociale en cas de maladie et de maternité a introduit un changement dans la méthode d'inclure les composants de la rémunération dans la base de calcul des prestations auxquelles l'employé conserve le droit au cours de la période de perception de cette prestation, en vertu des dispositions des conventions collectives de travail ou des règles relatives à la rémunération, si elles sont payées pour la période de perception de cette prestation.

La loi du 22 octobre 2010 modifiant la loi sur les prestations en espèces provenant de la sécurité sociale en cas de maladie et de maternité a rendu le même le droit aux indemnités de maladie, durant l'hospitalisation, pour les salariés âgés de moins de 50 ans et pour les salariés de plus de 50 ans. Pour le séjour à l'hôpital qui tombe entre le 15ème et le 33ème jour de l'incapacité de travail de l'année civile, l'employé qui a terminé 50 ans reçoit une allocation de 80% de la base de calcul (précédemment – 70%).

Sur la base de la loi du 25 novembre 2010 sur la modification de la loi le Code du travail, on a accordé à l'employé – père qui élève un enfant adopté – le droit au congé paternel d'une semaine, à utiliser au plus tard 12 mois à compter de la date à laquelle la décision sur l'adoption d'un enfant est devenue définitive mais avant que l'enfant n'atteigne l'âge de 7 ans, et dans le cas d'un enfant à l'égard de qui une décision sur la dérogation de l'obligation de scolarité a été prise – jusqu'à l'âge de 10 ans au maximum. Pour la période du congé paternel, l'intitulé a droit à une allocation de maternité. Cette règle s'applique également aux assurés qui ne sont pas employés.

En raison d'un impact important de la réorientation des cotisations aux Fonds de pension ouverts sur l'état des finances publiques, il a été nécessaire d'ajuster la part du capital du système à un niveau qui ne porte pas atteinte à la balance des finances publiques et garantit en même temps la sécurité des prestations de retraite, grâce à la diversification des sources de financement. Ainsi la loi du 25 mars 2011 sur la modification de certaines lois relatives au fonctionnement du système de sécurité sociale a réorienté une part des cotisations de retraite dirigée vers les Fonds de pension ouverts sur un nouveau sous-compte spécial géré par le ZUS. Dès le 1 mai 2011, vers les Fonds de pension ouverts sont dirigées les cotisations s'élevant à 3,5% (auparavant c'était 7,3%), et sur le nouveau sous-compte – 3,8%. Le principal objectif de cette modification était de limiter une augmentation rapide de la dette publique en réduisant les coûts budgétaires du fonctionnement de la part du capital du système de retraite.

En même temps, les modifications ont été apportées pour améliorer l'état des finances publiques et de l'Institut d'assurances sociales:

- les fonds enregistrés sur les sous-comptes sont couverts par les nouvelles règles d'indexation, sur la base de la croissance du PIB nominal, à condition qu'il n'y ait pas de changement dans la valeur des fonds accumulés sur le sous-compte dans le cas d'un indicateur négatif de l'indexation,
- on a réduit une partie des cotisations transférées aux Fonds de pension ouverts (OFE) – de 7,3% à 3,5%. La réduction du montant des cotisations transférées aux Fonds de pension ouverts sera compensée en partie par une augmentation des fonds qui alimenteront le Fonds d'Assurances Sociales. Une partie des cotisations de retraite sera accumulé sous forme de sous-comptes créés auprès des comptes des assurés au sein du Fonds d'Assurances Sociales,
- la succession des fonds accumulés sur les sous-comptes,
- une nouvelle façon de financer l'épargne-retraite – les fonds proviendront de:
 - fonds accumulés sur les Fonds de pension ouverts – le financement de ces ressources,
 - fonds enregistrée sur le sous-compte – le financement des revenus du Fonds d'Assurances Sociales, y compris des subventions provenant du budget de l'Etat.

Les limites d'investissement des Fonds de pension ouverts ont été modifiées et on a introduit des incitations fiscales en faveur de l'épargne volontaire pour la retraite complémentaire dans le cadre des comptes de retraite personnels précapitalisés.

Un mécanisme permanent pour surveiller le fonctionnement du système de retraite a été mis en place. Le Conseil des Ministres est tenu d'examiner le fonctionnement du système de retraite et de soumettre au Parlement les informations sur l'impact de l'application de la loi, avec les modifications proposées, au moins une fois tous les trois ans. Le Conseil des Ministres est tenu de procéder, au plus tard le 31 décembre 2013, au premier examen du fonctionnement du système de retraite après l'entrée en vigueur des modifications apportées à la loi du 25 mars 2011 sur la modification de certaines lois relatives au fonctionnement du système de sécurité sociale.

La loi du 21 novembre 2008 sur l'épargne-retraite ajuste les règles de calcul et les procédures d'acquisition et d'attribution des prestations des épargnes-retraites périodiques et des épargnes-retraites viagères. Aux prestations de l'épargne-retraite périodique, conformément aux règlements applicables jusqu'à la fin de 2012, ont le droit les personnes qui ont atteint l'âge de 65 ans, et après cet âge – aux prestations de l'épargne-retraite viagère. Ainsi, seules les femmes ont le droit à l'épargne-retraite périodique. La personne qui reçoit les prestations de l'épargne-retraite périodique reste un membre du Fonds de pension ouvert et, par conséquent, dispose des pleins droits d'un membre, y compris de la possibilité de changer le fonds, de transférer ses fonds en cas de décès à son conjoint ou à des personnes ayant droit.

La loi du 24 avril 2009 portant sur la modification de la loi du 20 décembre 1990 sur le régime d'assurance sociale pour les agriculteurs a changé la méthode de calcul des cotisations à l'assurance sociale pour les agriculteurs. On a assujéti le montant des cotisations pour l'assurance retraite à la superficie de l'exploitation agricole et on a changé l'assiette des cotisations – de trimestrielle à la journalière.

La modification de la loi sur le régime d'assurance sociale pour les agriculteurs, introduite par la loi du 21 novembre 2008 sur épargne retraite concerne l'octroi des retraites agricoles aux personnes nées après le 31 décembre 1948, pour qui les périodes de cotisations – desquelles dépend, en vertu du régime de retraite, le droit à une retraite – n'incluent pas les périodes d'assurance retraite.

La modification de la loi sur le régime d'assurance sociale pour les agriculteurs, introduite par la loi du 9 juin 2011 sur le soutien à la famille et sur le système de placement familial établit le droit à une pension familiale agricole pour les enfants adoptés au sein d'une famille d'accueil ou d'une maison d'enfants de type familial.

La modification de la loi du 17 décembre 1998 sur les retraites et les pensions du Fonds des assurances sociales, introduite par la loi du 26 novembre 2010 sur la modification de certaines lois relatives à la mise en œuvre de loi budgétaire et sur le montant de l'allocation funéraire, est applicable aux agriculteurs.

La modification de la loi sur le régime d'assurance sociale pour les agriculteurs, introduite par la loi du 6 décembre 2008 modifiant le Code du travail et certains autres actes, a augmenté le montant de l'allocation de maternité – de trois fois et demi le montant de la retraite de base à quatre fois la retraite de base.

Selon la loi du 26 avril 2001 portant sur les retraites anticipées dans l'agriculture, les derniers paiements des retraites anticipées ont été effectués en 2009. Actuellement, les retraites anticipées sont accordées sur la base du règlement du Ministre de l'agriculture et du développement rural du 19 juin 2007 sur les conditions et procédures détaillées pour l'octroi de l'aide financière au titre de la mesure « Retraites anticipées » dans le cadre du programme de développement rural pour la période 2007-2013. Le régime de retraites anticipées découlant de ladite loi (acceptation des demandes, analyse des droits et procédure de paiement) est implémenté par l'Agence pour la restructuration et la modernisation de l'agriculture.

3) Les données chiffrées et statistiques ou toutes autres informations pertinentes portant sur l'augmentation du niveau de la sécurité sociale, ou les mesures visant à réduire le niveau de la sécurité sociale.

Paiement mensuel moyen des prestations de retraite et de pension (en zł)

	2008	2009	2010	2011
Retraites	1.471,30	1.596,46	1.698,35	1.783,06
Pensions à titre d'inaptitude au travail	1.096,34	1.184,23	1.261,35	1.323,19
Pensions de survie	1.292,07	1.391,34	1.475,11	1.543,14

Voir aussi la réponse à la question no 1 concernant l'article 12, paragraphe 1, les questions additionnelles no 2 et 4 concernant l'article 12, paragraphe 3.

Questions additionnelles

1/ Est-ce qu'il y a eu ou est-ce que l'on prévoit des changements dans le système des allocations de chômage – un assouplissement des conditions d'octroi des prestations, l'extension de la période de paiement des prestations (on a constaté que l'amélioration de la situation sur le marché du travail, dans la période couverte par le rapport précédent, devrait permettre à ce système d'évoluer de manière favorable pour les chômeurs. Les changements de ce système n'ont pas été effectués).

La modification de la loi sur la promotion de l'emploi et sur les institutions du marché du travail a permis de changer la structure des allocations de chômage. Dès le 1 janvier 2010, l'allocation de chômage, pendant trois premiers mois, a été de 717 zł par mois, ensuite de 563 zł par mois. La période de versement des prestations a été réduite, on a supprimé la possibilité de percevoir cette allocation pendant 18 mois, et on a augmenté le taux de chômage de 125% à 150% du taux de chômage moyen donnant droit aux prestations de chômage pendant 12 mois. Le droit aux prestations de chômage pendant 12 mois garderont: les personnes âgées de 50 ans et la période cotisable d'au moins 20 ans donnant droit aux prestations de chômage, et les gens ayant au moins un enfant âgé de moins de 15 ans à charge, si le conjoint du chômeur est aussi au chômage et a perdu le droit aux allocations de chômage.

Les prestations sont indexées au 1 juin de chaque année par rapport au taux des prix des biens et services de consommation calculé pour l'année précédente. Cette solution offre une augmentation des prestations comparable avec l'augmentation du salaire minimum.

Les raisons pour lesquelles la structure des allocations de chômage a été changée étaient les suivantes: une bonne situation du Fonds du travail et un petit nombre de personnes recevant des prestations de chômage. L'augmentation du montant de l'allocation de chômage (la réduction de l'écart entre l'allocation de chômage et le salaire minimum) et l'introduction du principe dégressif de paiements devait rationaliser les dépenses du Fonds du travail sur les formes passives de soutien et encourager les chômeurs à chercher du travail et à être actif.

Les premiers signes de la crise économique ont apparu en 2008. En 2009, il y a eu une augmentation du chômage pour la première fois depuis plusieurs années, à la fin de 2009 le taux de chômage enregistré s'est élevé à 12,1% et a été de 2,6 points de pourcentage plus élevé qu'un an auparavant. Le ralentissement économique a entraîné une diminution du nombre d'emplois, y compris des travaux subventionnés – par conséquent la période de prestations n'a pas été réduite, tandis que la baisse du taux de chômage a freiné. Par conséquent, les effets de nouvelles solutions concernant les allocations de chômage ne sont pas parvenus à se manifester.

2/ Les données statistiques – pour la période couverte par le rapport – démontrant l’impact de la politique restrictive, menée depuis 2002, en matière d’octroi des allocations de chômage.

	Chômeurs enregistrés		
	Au total	y compris avec le droit aux prestations	
		en valeur absolue	% du total des chômeurs
	situation à la fin de la période de référence		
2000	2.702.576	548.622	20,3
2001	3.115.056	624.213	20,0
2002	3.216.958	538.671	16,7
2003	3.175.674	478.105	15,1
2004	2.999.601	425.755	14,2
2005	2.773.000	374.342	13,5
2006	2.309.410	310.828	13,5
2007	1.746.573	250.633	14,3
2008	1.473.752	271.269	18,4
2009	1.892.680	380.007	20,1
2010	1.954.706	326.582	16,7
2011	1.982.676	326.471	16,5

3/ L’impact sur les prestations futures de l’article 18a en vigueur le 24 août 2005, de la loi sur le système de sécurité sociale, qui donne droit aux personnes entreprenant une activité économique la possibilité de verser les cotisations à la sécurité sociale d’un montant avantageux durant les 24 mois civils à compter du début de l’activité économique.

Les dispositions relatives à la sécurité sociale contiennent les solutions qui visent à faciliter, durant la période initiale, la mise en place et le développement de l’entreprise en réduisant les coûts d’exploitation.

Conformément à la loi sur le système de sécurité sociale, l’assiette des cotisations au régime de pensions et retraites, payées par les personnes exerçant une activité économique non agricole, est basée sur la déclaration du montant, pas au-dessous de 60% du salaire mensuel moyen projeté, utilisé pour établir le montant annuel limite de l’assiette des cotisations, annoncé pour l’année civile en cours. Le nouveau montant des cotisations est valable pour la période allant du 1 janvier au 31 décembre de chaque année. L’assiette des cotisations au régime de pensions et retraites pour les personnes exerçant une activité économique non agricole, pendant les 24 premiers mois civils à compter du début de l’activité économique, est basée sur la déclaration du montant, pas au-dessous de 30% du salaire minimum.

Ces dispositions ne s’appliquent pas aux personnes qui:

- exercent ou ont exercé pendant les 60 derniers mois civils avant le début de leur activité économique une activité économique non agricole,
- exercent les tâches pour l’ancien employeur pour lequel elles ont exercé les activités entrant dans le champ de leurs activités avant le début de leur activité économique, durant l’année civile précédente ou en cours, dans le cadre de relations de travail ou de relations de coopération.

L’article 18a a été ajouté par la loi du 1 juillet 2005 modifiant la loi sur le système de sécurité sociale et certains autres actes. Cet article a introduit une solution tout à fait exceptionnelle, destinée aux personnes qui entreprennent une activité économique pour la première fois ou après une longue pause. L’objectif de cette disposition était de faciliter, durant la période

initiale, l'activité économique en réduisant les coûts d'exploitation et en limitant le risque lié à l'entrée de l'entreprise sur le marché et au développement de l'entreprise.

Dans le cas des personnes nées avant le 1 janvier 1949, la retraite est composée la « partie sociale », égale pour tous, s'élevant à 24% du montant de base, et de la partie correspondante à la période cotisable au sein de la sécurité sociale (l'ancienneté) et au montant des gains utilisés dans le calcul de l'assiette des prestations (les bénéfices obtenus pendant 10 années civiles consécutives choisies parmi les 20 dernières années civiles précédant l'année de la demande de départ à la retraite, ou choisies arbitrairement de toute la période couverte par l'assurance parmi les 20 années civiles). Cette méthode de calcul des retraites s'applique également aux personnes nées après le 31 décembre 1948 et avant le 1 janvier 1969, qui ont rempli les conditions requises (l'âge et la période d'assurance) avant la fin de l'année 2008.

Pour ces personnes et dans le cas de prestations définies, l'impact de la période de deux ans de paiement des primes sur la base de l'assiette des cotisations la plus basse, n'aura aucun effet sur le montant de prestations, parce que la « partie sociale » protège un certain niveau de prestations des personnes ayant les salaires les plus bas.

Les assurés nés entre le 1 janvier 1949 et le 31 décembre 1968, qui n'ont pas rempli les conditions requises de départ à la retraite avant la fin de 2008, et les personnes nées après le 31 décembre 1968, sont couverts par le nouveau système de retraite. La retraite dans son ensemble est calculée selon les nouvelles règles et peut provenir d'une (le ZUS), de deux (le ZUS et l'OFE) ou de trois sources (le ZUS, l'OFE et des formes d'épargne volontaires: PPE, IKE ou IKZE). La base de calcul de la retraite du ZUS (le premier pilier) sera le montant des cotisations de retraite. Le montant des cotisations de retraite est enregistré sur le compte de l'assuré depuis le 1 janvier 1999, en tenant compte de l'indexation, augmenté du montant indexé – dans le cas des assurés qui ont travaillé avant le 1 janvier 1999 – du capital initial, enregistré sur le compte de l'assuré. Les cotisations et le capital initial indexés seront divisés, au moment de départ à la retraite, par le nombre d'années d'espérance de vie restantes, établi conjointement pour les hommes et les femmes. Dans ce cas-là, les périodes de basses cotisations constitueront l'un des éléments déterminant le montant de la future retraite.

Il convient de noter, toutefois, que l'assiette des cotisations est le montant déclaré par l'entrepreneur, pas au-dessous du niveau spécifié par la loi. Afin d'obtenir une retraite plus élevée, l'entrepreneur doit déclarer et payer des cotisations plus élevées que le minimum spécifié par la loi.

4/ Les effets des modifications (y compris les données statistiques) – en particulier l'impact sur le droit aux prestations et à la préservation des prestations déjà accordées – les informations sur les modifications obtenues par le Comité d'experts indépendants de sources de l'International Social Security Association:

A/ Permanent disability pensions abolished

Several modifications related to disability pensions were made and a new pension type, the so-called converted ex officio pension, was introduced with the Act Amending the Act on Pensions from the Social Insurance Funds and Acts related to the Social Insurance System of 1 July 2005.

Hitherto, partial and full disability pensions were permanent in nature. With the introduction of the converted pension, the possibility to claim the permanent disability pension was abolished. From January 2006 onwards, disability pensions are in addition granted for periods not longer than 5 years. However, the pension is reassessed every fifth year, and upon verification of the degree of disability, the pension may be extended for an additional 5 years.

As specified in Art. 27a of the Amending Act, the converted ex officio pension is a retirement pension automatically granted to an insured person reaching the statutory

retirement age of 65 for men and age 60 for women (born before 1949), and who was previously a recipient of a disability pension (no converted ex officio pensions are granted to recipients of family pensions or social pensions). A regular retirement pension is still payable to those who were never in receipt of a disability pension. The right to the converted pension exists irrespective of whether qualifying and/or contribution periods for old-age pension have been met. However, the claimant must verify some qualifying periods for the Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) old-age pension.

Converted pensions are calculated according to the pension formula (a mixed calculation according to the new and the old system) as applied for ZUS old-age pensions. Accordingly pensions will be calculated in 2009 to 80 per cent on the basis of the old system and to 20 per cent on the basis of the new system. Until 2013 the pension calculation will be transformed stepwise to 20 per cent based on the old calculation and to 80 per cent based on the new calculation. In the case the recipient of the converted pension is gainfully employed, the pension is not subject to reduction. Converted pensions cannot be lower than the former disability pension.

En vertu de la loi sur les retraites et les pensions du Fonds des assurances sociales, la détermination des droits aux prestations de sécurité sociale qui dépendent de la constatation de l'incapacité de travail et de l'incapacité de vivre de façon autonome, est effectuée par les médecins-experts et les comités médicaux du ZUS. Selon cette loi, en évaluant le degré et la durée prévue de l'incapacité de travail, ainsi que le pronostic de rétablissement de la capacité de travailler, les facteurs suivants sont pris en compte:

- le degré de déficience de l'organisme et la possibilité de restaurer le bon fonctionnement de l'organisme par un traitement et la réadaptation,
- la capacité à effectuer l'emploi actuel ou de prendre un autre emploi, l'utilité de la reconversion professionnelle, en prenant en compte le type et la nature du travail effectué jusqu'à présent, le niveau de scolarité, l'âge et les prédispositions psychophysiques.

Lors de l'évaluation, le médecin-expert et le comité médical doivent prendre en compte la nature et le déroulement de toutes les maladies et leur influence sur le fonctionnement de l'organisme. La règle est que l'incapacité de travail ne peut pas être décidée pour une période de plus de 5 ans. L'incapacité de travail peut être décidée pour une période de plus de 5 ans si, selon les connaissances médicales, il n'y a aucune chance pour récupérer la capacité de travailler.

La pension périodique est accordée pour une période précisée dans la décision de l'autorité qui accorde les prestations. Le droit à la pension périodique cesse à la fin de la période pour laquelle elle a été accordée. Le droit à une pension périodique supplémentaire dépend de l'examen par le médecin-expert du ZUS (ou le comité médical dans le cas d'une objection), réalisé à la demande de la personne concernée.

L'autorité qui accorde les prestations avise par écrit, au plus tard trois mois avant l'expiration du droit à une pension à titre d'incapacité temporaire de travail, la personne concernée de la date de cessation de paiement des pensions et des conditions de la restauration du droit à la prestation.

Décisions déclarant l'incapacité de travailler pour la première fois, par 100.000 travailleurs*).

Années	Au total	Incapacité totale de travailler et de vivre de façon indépendante	Incapacité totale de travailler	Incapacité partielle de travailler
2005	669	91	216	362
2006	621	59	227	335
2007	574	48	222	304
2008	500	41	204	255
2009	466	36	190	240

2010	465	48	183	234
------	-----	----	-----	-----

*) Nombre de décisions confirmant pour la première fois l'incapacité de travailler aux fins de pension par 100.000 travailleurs (à l'exception des agriculteurs individuels).

**Structure des pensions d'invalidité versées à titre d'incapacité de travail
selon le degré d'incapacité*)**

Années	Pensions à titre d'incapacité de travail			
	Au total	Incapacité totale de travailler et de vivre de façon autonome	Incapacité totale	Incapacité partielle
2005	100,0	12,9	31,4	55,7
2006	100,0	7,3	27,5	65,2
2007	100,0	6,1	29,6	64,3
2008	100,0	5,6	30,3	64,1
2009	100,0	5,3	30,6	64,1
2010	100,0	5,0	30,8	64,2

*) Sans pensions réalisées en vertu des accords internationaux et pensions de personnes ayant droit aux prestations agricoles.

Personnes qui ont obtenu une pension d'incapacité au travail en 2010 (en milliers)*

	Au total	Hommes	Femmes
Au total	49,6	33,0	16,6
Pensionnés avec une incapacité permanente de travail	3,0	2,1	0,9
Pensionnés avec une incapacité temporaire de travail	46,6	30,9	15,7

*Sans personnes auxquelles on a accordé les pensions d'invalidité accordées aux invalides de guerre ou militaires.

La loi sur les retraites et les pensions du Fonds des assurances sociales prévoit que l'autorité qui accorde les prestations rend une décision sur l'octroi de pensions pour incapacité temporaire de travail pour la période indiquée dans l'avis du médecin-expert ou dans l'avis du comité médical. Lorsqu'il y a une chance à retrouver la capacité de travailler, le médecin-expert (le comité médical) doit déterminer la durée de l'incapacité.

Si l'autorité qui accorde les prestations rend une décision concernant l'utilité de la reconversion professionnelle, la même autorité accorde alors une pension de formation pour la période de six mois et dirige la personne intéressée vers l'Office de l'emploi du powiat (PUP) dans le but de reconversion professionnelle. A partir de ce moment, le droit à la pension de formation dépend du starosta. S'il demande une prolongation du droit à la pension (jusqu'à 30 mois au maximum), l'autorité qui accorde les prestations doit rendre une décision correspondante. Si, avant la fin de la période de base (6 mois), le starosta notifie l'autorité qui accorde les prestations que la personne concernée ne participe pas à la formation de reconversion professionnelle, alors le droit à la pension de formation cesse à la date de la réception de l'avis du starosta. La notification de l'autorité qui accorde les prestations par le starosta sur la non existence de possibilités de reconversion professionnelle a le même effet, mais dans ce cas-là, l'autorité qui accorde les prestations renvoie l'intéressé à l'examen par un médecin-expert.

L'opinion du médecin-expert (dès le 1 janvier 2005 – aussi la décision du comité médical) est contraignante pour l'autorité qui accorde les prestations, et cette autorité est tenue d'accorder une pension d'incapacité de travail pour une période indiquée dans la décision.

Selon la loi la retraite est accordée d'office – au lieu de pensions à titre d'incapacité de travail – à la personne qui a atteint l'âge de 60 ans pour les femmes et 65 ans pour les hommes, et a été soumise à l'assurance de retraite et pension. Le but des modifications introduites le 1 janvier 2006, consistant en la conversion des pensions à titre d'incapacité de travail en les retraites, était de supprimer « la pension viagère à titre d'incapacité de travail », qui a été introduite de façon erronée. La retraite, accordée d'office après l'âge de la retraite, ne peut être inférieure à la pension d'incapacité de travail. Dans le cas de la conversion des pensions à titre d'incapacité de travail en les retraites, les prestations d'invalidité provenant des autres pays ne peuvent pas être prises en compte (dans la coordination prévue par le règlement no

1408/71 CE), puisque la pension d'incapacité de travail n'a pas été accordée en vertu de la loi polonaise. Ainsi, la pension proportionnelle pour incapacité de travail, accordée par une institution polonaise, peut être convertie en retraite – dans ce cas, la personne concernée pourra continuer à recevoir une pension d'invalidité d'un autre Etat.

L'article 183 de la loi du 17 décembre 1998 sur les retraites et les pensions du Fonds des assurances sociales concerne l'acquisition des droits à la retraite par les personnes qui seront les premiers bénéficiaires du nouveau régime de retraite, c'est-à-dire par les personnes qui atteindront l'âge d'admissibilité à la retraite dans les années 2009-2013, qui n'ont pas eu droit à la retraite anticipée et qui ne se sont jamais reliées aux Fonds de pension ouverts ou qui ont demandé le transfert de fonds accumulés sur le compte du fonds de pension, par le biais du ZUS, au budget de l'Etat.

La pension se composera d'une partie fixe en vertu de l'article 53 (l'ancien mode de calculer la retraite – avec la « partie sociale ») et en vertu de l'article 26 (le nouveau mode de calculer la retraite – le capital contributif inscrit, divisé par le nombre d'années d'espérance de vie restantes).

Le montant de la retraite accordée à la demande de l'assuré qui a atteint l'âge requis donnant droit à la retraite dans l'année civile est comme suit:

- 80% de la retraite calculée sur la base de l'article 53 et
- 20 % de la retraite calculée sur la base de l'article 26.

Le montant de la retraite accordée à la demande de l'assuré qui a atteint l'âge requis donnant droit à la retraite dans l'année civile 2010, se présente comme suit:

- 70 % de la retraite calculée sur la base de l'article 53 et
- 30 % de la retraite calculée sur la base de l'article 26.

Le montant de la retraite accordée à la demande de l'assuré qui a atteint l'âge requis donnant droit à la retraite dans l'année civile 2011, se présente comme suit:

- 55 % de la retraite calculée sur la base de l'article 53 et
- 45 % de la retraite calculée sur la base de l'article 26.

Le montant de la retraite accordée à la demande de l'assuré qui a atteint l'âge requis donnant droit à la retraite dans l'année civile 2012, se présente comme suit:

- 35 % de la retraite calculée sur la base de l'article 53 et
- 65 % de la retraite calculée sur la base de l'article 26.

Le montant de la retraite accordée à la demande de l'assuré qui a atteint l'âge requis donnant droit à la retraite dans l'année civile 2013, se présente comme suit:

- 20 % de la retraite calculée sur la base de l'article 53 et
- 80 % de la retraite calculée sur la base de l'article 26.

Pour rétablir le montant de la retraite au titre de l'assurance à la sécurité sociale de retraite et de pension, après l'octroi de la retraite – l'article 108 est applicable.

Dans le cadre de l'intervalle spécifié ci-dessus en ce qui concerne l'acquisition du droit à la retraite « mixte », les bénéficiaires seront les femmes nées dans les années 1949-1953, puisqu'elles atteindront l'âge requis de la retraite, à savoir 60 ans, au plus tard en 2013, et les assurés qui déposeront – dans les années 2009-2013 – la demande d'octroi de retraite accordée conformément à l'article 184, à condition qu'elles remplissent les exigences de conformité avec les dispositions sur le plan juridique. L'augmentation des retraites accordées conformément à l'article 183 au montant le plus faible de la prestation (article 87) se produit comme le résultat de la somme de la retraite calculée sur la base des anciens et nouveaux principes. Si une personne est assujettie au système de retraite et de pension après la date d'octroi de la retraite « mixte », le calcul de telles prestations se fait selon les règles prévues pour les retraites financées du nouveau système de retraite (article 108).

La présentation d'une demande de retraite après la fin de l'âge de la retraite généralement requis entraînera la nécessité d'appliquer les nouvelles règles de calcul visées à l'article 26 ou

à l'article 183 de la loi sur les retraites et les pensions du Fonds des assurances sociales (FUS). Conformément à l'article 183, les personnes qui atteignent l'âge de la retraite dans les années 2009-2013 seront admissibles à la « retraite mixte », calculée en proportion (en fonction de l'année dans laquelle l'âge de la retraite a été atteint) de la retraite calculée selon les règles en vigueur (conformément à l'article 53) et selon les nouvelles règles (conformément à l'article 26), si ces personnes-là n'ont pas adhéré aux Fonds de pension ouverts (OFE). Si elles sont membres des Fonds de pension ouverts (OFE), en dépit de l'âge de la retraite atteint dans les années 2009-2013, le montant de la retraite sera calculé entièrement selon les nouvelles règles.

Les assurés nés après le 31 décembre 1948, qui n'ont pas rempli jusqu'au 31 décembre 2008 les conditions requises de départ à la retraite anticipée en vertu de la réglementation en vigueur, sont soumis au nouveau système de retraites, en prenant en compte les règles de calcul de la retraite à l'aide d'une « méthode mixte », telle que définie à l'article 183. L'utilisation de la « méthode mixte » a pour but de protéger le montant de la retraite grâce à l'application de la part proportionnelle, calculée conformément aux règles actuellement en vigueur, avec la « partie sociale », qui protège également (en plus du capital initial) le montant des retraites des personnes ayant le niveau des revenus inférieur au salaire moyen, en particulier dans les premières années du fonctionnement de la réforme, en raison d'une période courte d'accumulation du capital selon les nouvelles règles.

Retraites accordées

	Retraites accordées et versées selon les anciennes règles*, montant moyen, en zł	Retraites accordées et versées selon les nouvelles règles*		Epargnes-retraites périodiques**				Retraites de transition	
				déterminées selon un système mixte					
				nombre	montant moyen, en zł	nombre	montant moyen, en zł		
2009	1.995,96	76.566	1.627,49	66.365	1.645,27	217	68,61	1.964	2.071,34
2010	2.493,14	51.179	1.711,69	34.948	1.607,86	400	87,62	1.511	1.983,30
2011	2.660,55	66.240	1.694,84	47.898	1.610,56	430	88,38	2.209	1.997,23

* Sans retraites réalisées en vertu des accords internationaux

** Y compris les retraites accordées et versées avec les retraites réalisées en vertu des accords internationaux et avec les retraites accordées d'office

Retraites accordées en 2011

Mois	Retraites attribuées et versées selon les anciennes règles*		Retraites accordées et versées selon les nouvelles règles*				Epargnes-retraites périodiques**		Retraites de transition*	
			Au total		Y compris déterminées selon un système mixte					
			nombre	montant moyen, en zł	nombre	montant moyen, en zł				
janvier	3.181	2.687,72	4.787	1.644,06	2.895	1.471,56	50	82,08	199	2.094,43
février	3.236	2.758,77	4.093	1.752,12	2.556	1.568,92	32	133,70	179	1.939,94
mars	2.737	2.556,51	4.287	1.794,94	2.537	1.613,26	30	119,62	122	2.119,36
avril	2.809	2.633,66	4.429	1.627,29	2.851	1.482,70	41	81,35	148	2.107,89
mai	3.029	2.789,16	4.874	1.660,92	3.594	1.601,09	31	63,35	245	2.083,08
juin	2.844	2.698,55	6.312	1.736,23	4.895	1.684,72	26	66,79	295	2.032,05
juillet	2.753	2.641,27	6.736	1.703,19	5.419	1.685,86	46	93,68	230	1.981,17
août	2.518	2.755,85	6.689	1.682,14	5.466	1.666,98	42	76,49	184	1.879,32

septembre	2.770	2.660,17	5.351	1.692,60	4.083	1.629,37	32	65,03	122	1.854,24
octobre	3.979	2.457,33	6.354	1.693,81	4.786	1.621,70	38	89,54	160	1.985,02
novembre	3.693	2.715,76	6.267	1.688,55	4.534	1.599,04	31	104,39	167	1.951,51
décembre	2.677	2.614,74	6.061	1.673,34	4.282	1.550,63	31	88,85	158	1.875,35
2011	36.226	2.660,55	66.240	1.694,84	47.898	1.610,56	430	88,38	2.209	1.997,23

* Sans retraites réalisées en vertu des accords internationaux.

** Y compris les retraites accordées et versées avec les retraites réalisées en vertu des accords internationaux et avec les retraites accordées d'office.

B/ Procedure specified for declaring work disability in KRUS

With the law on medical declarations in the Agricultural Social Security Fund (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego - KRUS), effective as of 14 January 2005, the determination of work disability for people employed in the agricultural sector has been specified.

Similar to the process undertaken by the Social Insurance Institution (Zakład Ubezpieczeń Społecznych - ZUS), the declaration of work disability in KRUS is decided in two steps. First, a claim for work disability on farms is to be confirmed by a specialist (with a minimum five years of practical experience and the right to be a professional doctor), and second approved by a three-member medical commission (members must have a minimum of five-years experience in assessing medical claims). The application including personal data of the farmer is forwarded by KRUS to the specialist or the commission. The application reaches the commission (within 14 days after the decision of the specialist) in case of appeal by the farmer, an objection by a regional physician or a recommendation by a chief physician of the Fund.

For a declaration of total work disability on farms, the following must be taken into account:

- *Symptoms and the course of sickness, as well as their influence on functional abilities;*
- *The psycho-physical state, the degree of adaptation by the person to anatomical decline, pain and the after-effects of sickness;*
- *The age of the insured as well as the type and scope of agricultural work performed by the insured;*
- *The possibility to recover the ability to do agricultural work by receiving medical treatment and rehabilitation measures as well as orthopaedic appliances, artificial limbs and other means of assistance.*

Furthermore it must be determined whether the disability is of a temporary or permanent nature, establish its connection with sickness or accident and provide details on rehabilitation. In the case of temporary work disability, the suitability of vocational rehabilitation must be determined. The date at which the physical condition of the insured worsened to the degree of total work disability is considered as the starting date for benefit purposes.

Dès le 1 janvier 1997, au sein de la Caisse d'assurance sociale agricole fonctionne un système de certification médicale, ayant deux instances distinctes. Sur la base de la loi du 20 décembre 1990 sur l'assurance sociale pour les agriculteurs, le ministre de la politique sociale a publié un règlement du 31 décembre 2004 sur la certification médicale à la Caisse d'assurance sociale agricole. Le règlement précise:

- les conditions de statuer sur l'incapacité totale de travailler sur une ferme agricole et de statuer sur le bien-fondé de la reconversion professionnelle,
- le mode de procédure prédictive,

- la procédure et le délai de dépôt des recours contre les décisions des médecins-experts de la KRUS,
- les formes de contrôle des médecins-experts de la KRUS et du comité médical de la KRUS,
- les qualifications supplémentaires requises des médecins exerçant les tâches dans le cadre de la certification médicale.

En première instance, ce sont des médecins-experts de la KRUS qui prennent les décisions, en deuxième instance – les comités médicaux de la KRUS. Toute personne assurée demandant une prestation a le droit de faire appel contre une décision des médecins-experts de la KRUS au comité médical de la KRUS, dans le délai de 14 jours suivant la réception de l'extrait de la décision.

La supervision des décisions des médecins-experts et des comités médicaux de la KRUS est assuré par le médecin inspecteur régional, agissant pour le compte du Président de la KRUS. La supervision supérieure est détenue par le Médecin en chef de la KRUS, agissant pour le compte du Président de la KRUS.

La supervision des médecins régionaux comprend le contrôle des décisions de médecins-experts de la KRUS en termes de contenu et de forme. Dans le cadre de la supervision, le médecin inspecteur régional peut, dans le délai de 14 jours de l'émission de la décision par le médecin-expert de la KRUS, invoquer une décision erronée, par écrit, en renvoyant le dossier au comité médical de la KRUS pour réexamen.

La supervision comprend: le contrôle de la bonne application des principes de certification médicale à la KRUS, l'analyse et le contrôle des décisions des médecins-experts et des comités médicaux de la KRUS en termes de contenu et de forme, les formations dans le domaine de la certification médicale, l'évaluation des candidats pour le poste de médecin inspecteur régional et de président du comité médical de la KRUS et l'évaluation des compétences en matière de certification médicale des médecins régionaux et des membres des comités médicaux de la KRUS.

Le médecin-expert de la KRUS doit être un médecin-spécialiste notamment en: médecine interne, médecine du travail, médecine générale, médecine familiale, rhumatologie, chirurgie générale, chirurgie orthopédique et traumatologie, réadaptation, neurologie, psychiatrie, avoir le droit d'exercer la médecine en République de Pologne, avoir au moins 5 ans d'expérience professionnelle dans la profession médicale, avoir un casier judiciaire vierge, y compris pour faute professionnelle, et avoir une formation dans la mesure déterminée par le Président de la KRUS.

Le médecin inspecteur régional et le Président du comité médical de la KRUS, en plus des mêmes conditions que le médecin-expert de la KRUS doit remplir, doit avoir au moins 5 ans d'expérience professionnelle en matière de certification médicale.

Les tâches du médecin-expert/médecin du comité médical de la KRUS consistent à rendre les décisions qui déterminent:

- incapacité permanente ou temporaire totale de travailler sur une ferme agricole,
- lésion corporelle permanente ou de longue durée et sa cause,
- incapacité de vivre de manière autonome,
- incapacité temporaire de travailler d'une durée supérieure à 180 jours,
- l'utilité de la reconversion professionnelle à cause d'incapacité totale permanente de travailler sur une ferme agricole,
- indications pour la réadaptation,
- d'autres facteurs conditionnant l'octroi des prestations de sécurité sociale pour les agriculteurs.

Les médecins-experts de la KRUS statuent sur les questions relevant de la compétence d'un ou de plusieurs établissements locaux, tandis que les comités médicaux de la KRUS statuent

sur les questions relevant de la compétence de plusieurs établissements locaux d'une seule branche régionale de la KRUS.

Le comité médical de la KRUS est composé de trois personnes. Le président du comité médical est nommé par le Président de la KRUS, et les autres membres du comité sont nommés par le directeur de la branche régionale de la KRUS parmi les médecins-experts de la KRUS. La tâche du comité médical de la KRUS consiste à examiner les cas dans lesquels:

- l'assuré a fait appel contre la décision émise par le médecin-expert de la KRUS,
- le médecin inspecteur régional a déposé une plainte contre la décision erronée selon lui, émise par le médecin-expert de la KRUS.

Article 12§4

1) Le cadre juridique général, y compris la liste complète des accords bilatéraux et multilatéraux ou de toutes les autres mesures, ainsi que les solutions adoptées unilatéralement, des projets, des lois adoptées ou des mesures administratives – comment ils permettent, en ce qui concerne certaines prestations sociales, de mettre en œuvre des principes énoncés dans les paragraphes a) et b).

L'octroi des prestations, telles que les retraites, les pensions d'incapacité de travail, les pensions de survie, les pensions à titre d'accident au travail et maladies professionnelles, les prestations en espèces à titre de maladie et de maternité et les allocations funéraires, ne dépend ni de la citoyenneté de la personne concernée ni de la résidence en Pologne ni de la condition d'avoir résidé pendant une période donnée en Pologne.

Ces prestations sont accordées à toute personne couverte par le régime de sécurité sociale polonais, même si cette personne n'est pas ressortissant d'un pays membres de l'UE et de l'AELE, ou des pays avec lesquels la Pologne a des accords bilatéraux concernant la sécurité sociale, ou des États qui ne sont pas parties à la Charte sociale européenne.

Dans le système polonais de sécurité sociale l'égalité de traitement des ressortissants des États parties à la Charte est garantie.

La coordination des systèmes de sécurité sociale est prévue par:

- le règlement no 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté,
- le règlement no 883/2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale,
- le règlement no 859/2003 étendant les dispositions du règlement no 1408/71 et du règlement no 574/72 aux ressortissants de pays tiers qui ne sont pas déjà couverts par ces dispositions uniquement en raison de leur nationalité,
- le règlement no 1231/2010 étendant le règlement no 883/2004 et le règlement no 987/2009 aux ressortissants de pays tiers qui ne sont pas déjà couverts par ces règlements uniquement en raison de leur nationalité,
- l'accord du 16 janvier 1958 sur la sécurité sociale entre le Gouvernement de la République populaire de Pologne et le Gouvernement de la République fédérative socialiste de Yougoslavie – applicable désormais: à la République de Croatie, à la Serbie, à la Bosnie-Herzégovine, au Monténégro,
- L'accord du 6 avril 2006 entre la République de Pologne et la République de Macédoine sur la sécurité sociale (conclu pendant la période de référence),
- sur la base d'une à l'annexe II du règlement 883/2004:
 - l'article 33, paragraphe 3, de l'accord du 7 septembre 1998 entre la République de Pologne et la République d'Autriche sur la sécurité sociale,
 - l'accord du 9 octobre 1975 entre la République populaire de Pologne et la République fédérale d'Allemagne sur l'assurance vieillesse et accident, aux conditions et dans les

limites prévues à l'article 27, paragraphe 2-4, de l'accord du 8 décembre 1990 entre la République de Pologne et la République fédérale d'Allemagne sur la sécurité sociale.

- l'article 11 paragraphe 3, l'article 19 paragraphe 4, l'article 27 paragraphe 5, l'article 28 paragraphe 2 de l'accord du 8 décembre 1990 entre la République de Pologne et la République fédérale d'Allemagne sur la sécurité sociale

Pour ce qui concerne la Serbie, l'accord du 16 janvier 1958 sur la sécurité sociale entre le Gouvernement de la République populaire de Pologne et le Gouvernement de la République fédérative socialiste de Yougoslavie est applicable.

La Pologne n'a pas signé des accords avec les pays suivants:

- l'Albanie,
- l'Andorre,
- l'Arménie,
- l'Azerbaïdjan,
- la Géorgie,
- la Fédération de Russie.

Les informations fournies dans le rapport précédent, qui portent sur la manque de nécessité de conclure un accord avec l'Albanie, l'Arménie et la Géorgie, sont toujours valables. La situation est la même en ce qui concerne les relations avec l'Andorre et l'Azerbaïdjan. La signature d'un accord avec la Fédération de Russie n'est pas prévue.

Les négociations sur l'accord avec l'Ukraine ont été complétées, l'accord a été signé le 18 mai 2012.

Les négociations sur l'accord avec la République de Moldavie ont été achevées, la procédure de rédiger le texte final de l'accord est en cours. Après la fin de cette procédure, une demande de consentement pour signer l'accord sera présentée au Conseil des ministres.

Les négociations sur l'accord avec la Turquie ont été achevées en avril 2012, la procédure de comparaison de la version polonaise et de la version turque de l'accord est en cours, de même que la rédaction de la version anglaise de l'accord. Ensuite l'accord sera signé.

2) Les mesures (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) prises pour mettre en œuvre le cadre juridique.

Les mesures qui ont été prises pour mettre en œuvre les accords internationaux sur la sécurité sociale, ce sont les dispositions administratives. Elles précisent les règles de conduite lors de la mise en œuvre des obligations découlant des accords et réglementent un certain nombre de questions qui, en raison de leur nature technique, ne sont pas incluses dans les accords.

La liste des dispositions administratives en vigueur:

- le règlement no 574/72 relatif à la mise en œuvre du règlement (CEE) no 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté,
- le règlement no 987/2009 sur la mise en œuvre du règlement (CE) no 883/2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale,
- l'accord du 16 janvier 1958 sur la mise en œuvre de l'accord sur la sécurité sociale entre le Gouvernement de la République populaire de Pologne et le Gouvernement de la République fédérative socialiste de Yougoslavie – applicable désormais: à la République de Croatie, à la Serbie, à la Bosnie-Herzégovine, au Monténégro.
- L'accord administratif du 27 juin 2007 sur l'application de l'accord entre la République de Pologne et la République de Macédoine sur la sécurité sociale.

3) Les données chiffrées et toutes autres informations pertinentes. Les conditions éventuelles relatives à la période de résidence, le cas échéant.

Retraites et pensions, pensions à titre d'assurance accident transférées par le ZUS à l'étranger en vertu des règlements de l'UE et des accords bilatéraux, en zloty

Retraites et pensions, pensions à titre d'assurance accident transférées par le ZUS à l'étranger en vertu des règlements de l'UE et des accords bilatéraux, en zloty	
2008	
Retraites et pensions au total, dont:	200.825.396,64
Retraites	132.298.771,89
Pensions à titre d'inaptitude au travail (sauf suite à un accident du travail)	10.636.943,49
Pensions de survie (sauf suite à un accident du travail)	47.060.049,62
Pensions à titre d'inaptitude au travail qui fait suite à un accident du travail	7.629.031,67
Pensions de survie à titre d'accident du travail	3.200.599,97
2009	
Retraites et pensions au total, dont:	224.673.957,90
Retraites	150.424.556,12
Retraites à titre d'inaptitude au travail (sauf suite à un accident du travail)	11.081.890,90
Pensions de survie (sauf suite à un accident du travail)	52.091.765,13
Pensions à titre d'inaptitude au travail qui fait suite à un accident du travail	7.856.427,38
Pensions de survie à titre d'accident du travail	3.219.318,37
2010	
Retraites et pensions au total, dont:	249.196.374,89
Retraites	170.955.382,13
Pensions à titre d'inaptitude au travail (sauf suite à un accident du travail)	11.865.875,70
Pensions de survie (sauf suite à un accident du travail)	55.216.839,34
Pensions à titre d'inaptitude au travail qui fait suite à un accident au travail	7.828.128,59
Pensions de survie à titre d'accident au travail	3.330.149,13
Prestations de préretraite	0,0
2011	
Retraites et pensions au total, dont:	274.865.121,34
Retraites	190.496.224,92
Retraites à titre d'inaptitude au travail (sauf suite à un accident du travail)	13.010.598,15
Pensions de survie (sauf suite à un accident du travail)	60.357.231,89
Pensions à titre d'inaptitude au travail qui fait suite à un accident du travail	7.738.163,61
Pensions de survie à titre d'accident du travail	3.262.902,77
Prestations de préretraite	0,0

Le nombre moyen mensuel des prestations de retraites et de pensions agricoles transférées à l'endroit de résidence de la personne ayant droit en vertu des règlements de l'UE

2008	1.573
2009	1.863
2010	2.001
2011	2.178

Questions additionnelles

1/ Dans le contexte de l'octroi des allocations de chômage aux étrangers – quelles sont les règles de résidence légale en Pologne?

Conformément à l'article 2, paragraphe 1, point 2, de la loi sur la promotion de l'emploi et sur les institutions du marché du travail, si la personne remplit les conditions suivantes peut être considérée comme chômeur:

- est un ressortissant d'un État membre de l'Union européenne,
- est un ressortissant de l'Espace économique européen n'appartenant pas à l'Union européenne,
- est un ressortissant d'un État non partie à l'accord sur l'Espace économique européen, qui peut bénéficier de la libre circulation des personnes sur la base des accords entre ces pays et la Communauté européenne et ses États membres,
- bénéficie du statut de réfugié en République de Pologne,
- possède un permis de résidence en République de Pologne,
- est titulaire d'un statut de résident de longue durée-CE en République de Pologne,
- a un permis de séjour en République de Pologne pour une période de temps déterminée, accordée dans le cadre de la circonstance visée à l'article 53, paragraphe 1, point 13 de la loi du 13 juin 2003 sur les étrangers,
- a le permis de séjour toléré en République de Pologne,
- bénéficie de la protection provisoire en République de Pologne,
- bénéficie de la protection subsidiaire en République de Pologne,
- est un étranger – membre de la famille d'un citoyen polonais.

Les citoyens des pays de l'UE (EEE, Suisse) et les ressortissants de pays tiers résidant sur le territoire de la République de Pologne sur la base de titres de séjour peuvent obtenir le statut de chômeur ou de personne à la recherche d'un emploi. Si l'étranger n'est pas en même temps l'étranger visé à l'article 1, paragraphe 3, de la loi sur la promotion de l'emploi et sur les institutions du marché du travail, il ne peut pas obtenir le statut de chômeur ou de personne à la recherche d'un emploi et, par conséquent, bénéficier de services et d'instruments du marché du travail prévus par la loi.

Le statut de chômeur ou de personne à la recherche d'un emploi peut être accordé aux étrangers, membres de la famille du citoyen polonais, indépendamment du titre sur la base duquel ils séjournent sur le territoire de la République de Pologne. Le statut de chômeur ou de personne à la recherche d'un emploi peut être accordé aussi aux étrangers, membres de la famille de l'étranger:

- ressortissants des pays membres de l'UE,
- ressortissants de l'EEE n'appartenant pas à l'UE,
- ressortissants d'un État non partie à l'accord sur l'Espace économique européen, qui peuvent bénéficier de la libre circulation des personnes sur la base des accords entre ces pays et la Communauté européenne et ses États membres.

Le catalogue des titres de permis de séjour permettant d'acquérir le statut de demandeur d'emploi est plus large que le catalogue des titres de permis de séjour permettant d'acquérir le statut d'une personne au chômage, parce que les demandeurs d'emploi peuvent également être:

- les personnes ayant un permis de séjour pour une période déterminée en République de Pologne en tant que membres de la famille de l'étranger visé à l'article 53, paragraphe 1, point 13, ou à l'article 54 de la loi sur les étrangers,
- les demandeurs du statut de réfugié en République de Pologne et leurs conjoints au nom desquels ils ont fait la demande de statut de réfugié, qui ont un certificat délivré en vertu

de l'article 36 de la loi du 13 juin 2003 sur la protection des étrangers sur le territoire de la République de Pologne.

2/ Les plans pour la conclusion des accords dans le domaine des allocations familiales avec l'Albanie, l'Arménie, la Géorgie et la Turquie, ainsi qu'avec la Serbie et la Russie.

En ce qui concerne les états parties à la Charte avec lesquels la Pologne n'a pas des accords bilatéraux ou multilatéraux sur la sécurité sociale:

- dans le cas de la Moldavie – l'accord négocié ne contient pas de dispositions relatives aux allocations familiales. La Pologne a proposé d'étendre le champ d'application de l'accord afin d'inclure ces prestations. La Moldavie n'était pas intéressée par une telle solution – elle a exclu la possibilité d'étendre le champ d'application de l'accord afin d'inclure les allocations familiales,
- la même chose s'applique à l'Ukraine, dont les représentants – dans le cadre des négociations de l'accord – se sont opposés à étendre le champ d'application de l'accord afin d'inclure les allocations familiales. Par conséquent, l'accord négocié ne contient pas de dispositions relatives aux allocations familiales,
- dans le cas de la Turquie – le champ d'application de l'accord négocié couvre les allocations familiales,
- l'accord signé avec la Serbie couvre les allocations familiales.

Toutes les explications quant aux éventuelles négociations avec d'autres pays – voir la réponse à la question no 1.

3/ Quelles prestations – à part les retraites, pensions, prestations en espèces au titre de maladie et de maternité – peuvent être transférées vers le lieu de résidence de la personne ayant droit (en l'absence des accords bilatéraux ou multilatéraux).

Les prestations sont transférées vers les pays avec lesquels la Pologne a des accords internationaux sur la sécurité sociale. La portée des prestations transférées dépend de la portée de la législation communautaire en question ou des accords internationaux.

Sont transférées aux pays membres de l'Union européenne/de l'EEE et la Suisse aussi des « prestations de préretraite » au sens des règlements sur la coordination dans l'UE, c'est-à-dire les prestations de préretraite, les retraites de transition et les pensions de survie après les personnes ayant droit à ces pensions et les prestations d'indemnisation pour enseignants.

En l'absence des accords bilatéraux ou multilatéraux sur la sécurité sociale, il n'y a pas de base juridique pour le transfert des prestations à l'étranger. Toute prestation à laquelle la personne – ayant rempli les conditions, définies par la loi polonaise, pour l'acquisition de ces prestations – a le droit, est versée au titulaire du compte bancaire en Pologne ou remise en mains propres de la personne autorisée à recevoir cette prestation. Le titulaire des droits aux prestations peut demander à la banque de transférer ces bénéfices à l'étranger.

Conclusion négative

La totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi des ressortissants des autres Etats parties à la Charte non couverts par la réglementation communautaire n'est pas garantie.

Pour évaluer la situation, il est nécessaire de prendre en compte le fait que les travailleurs migrants qui effectuent des travaux en Pologne sont couverts par le nouveau système de sécurité sociale. Les solutions légales n'assujettissent pas l'octroi des prestations à une durée spécifiée de la période d'assurance. La totalisation des périodes d'assurance n'est donc pas nécessaire afin d'obtenir des prestations.

Le problème de la totalisation des périodes d'assurance dans le cadre du régime d'assurance retraite peut concerner les travailleurs migrants qui ont été couverts par le régime précédent, et s'applique aussi aux pensions d'incapacité de travail et aux pensions de survie. Il convient toutefois de garder à l'esprit que pour acquérir le droit aux pensions d'incapacité de travail et aux pensions de survie, on doit compléter des périodes relativement courtes d'assurance, alors la totalisation des périodes d'assurance dans différents pays n'est pas si important dans l'obtention de ces prestations.

Le problème de la totalisation des périodes d'assurance concerne également les personnes soumises à l'assurance sociale pour les agriculteurs. Afin d'acquérir le droit à la retraite agricole, il faut compléter une période de 25 ans de l'assurance, et dans le cas de la retraite à l'âge inférieur de cinq ans de l'âge de la retraite – une période de 30 ans de l'assurance.

Deuxièmement, l'application pratique du principe de totalisation des périodes d'assurance n'est possible que s'il y a un accord en vigueur à cet égard entre les pays. L'application unilatérale du principe de totalisation des périodes d'assurance, sur base de la législation interne, n'aurait aucun fondement, parce qu'elle entraînerait des engagements financiers d'un seul côté. Par conséquent, la Pologne serait responsable de toutes les périodes accomplies d'assurance, sans aucune garantie d'un tel engagement de la part des autres pays. Le principe de totalisation des périodes est toujours connecté au coût proportionnel encouru par les institutions d'assurance du pays sur le territoire duquel les périodes d'assurance ont été accomplies. En l'absence d'un accord bilatéral, la disposition du droit interne qui impose l'utilisation du principe de totalisation, se traduirait par le fait que les autorités polonaises seraient toujours obligées de supporter les coûts résultant de l'application de ce principe – sans réciprocité de la part des autres pays. Par conséquent, afin d'appliquer le principe de totalisation des périodes d'assurance, des accords bilatéraux ou multilatéraux sont conclus.

ARTICLE 13 – DROIT A L'ASSISTANCE SOCIALE ET MEDICALE

Article 13§2

1) Cadre juridique général. La nature, les raisons et l'étendue des réformes éventuelles.
et

2) Les mesures (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) prises pour mettre en œuvre le cadre juridique.

et

3) Les données chiffrées et statistiques ou toutes autres informations pertinentes, si possible.

Dans la période couverte par le rapport, il n'y a pas eu de modifications de la législation.

Article 13§3

1) Cadre juridique général. La nature, les raisons et l'étendue des réformes éventuelles.

En raison des modifications introduites en 2011 à la loi du 12 mars 2004 sur l'assistance sociale:

- l'allocation périodique peut toujours être versée à une personne couverte par un contrat social, qui a un emploi, indépendamment du revenu, jusqu'au jour résultant de la décision d'accorder une allocation périodique, mais pas plus de 2 mois après le début de l'emploi.
- l'allocation spéciale peut être accordée pour la mise en œuvre des dispositions du contrat social et, dans ce cas, elle peut être versée indépendamment du revenu, durant 2 mois après le début de l'emploi entrepris par une personne couverte par un contrat social.

2) Les mesures (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) prises pour mettre en œuvre le cadre juridique.

Programme d'alimentation

Le nombre de personnes couvertes par une aide prévue par la loi du 29 décembre 2005 sur le lancement du programme multiannuel intitulé « L'aide d'État dans le domaine de l'alimentation » se maintient à un niveau constant (2 millions de personnes).

L'aide est principalement dirigée aux élèves des écoles primaires et secondaires, pourtant leur population diminue. En même temps, le nombre de personnes adultes bénéficiant de l'aide a augmenté. Cette tendance peut être associée à un niveau inchangé du critère du revenu qui donne droit aux prestations. Cela provoque une augmentation du nombre d'adultes admissibles à recevoir des prestations lorsque le revenu diminue en même temps.

3) Les données chiffrées et statistiques ou toutes autres informations pertinentes, si possible.

Dépenses pour l'assistance sociale

2008	2009	2010	2011
3.903.290.016	4.094.820.722	4.250.014.042	4.403.823.161

Nombre de personnes couvertes par le programme « L'aide d'État dans le domaine de l'alimentation »

Voïvodie	2008	2009	2010	2011
dolnośląskie	118.282	113.413	115.920	103.576
kujawsko-pomorskie	178.502	176.482	173.444	167.308
lubelskie	125.063	125.277	125.036	121.296
lubuskie	72.127	74.952	76.325	68.146
łódzkie	133.011	131.976	133.351	129.952
małopolskie	129.083	123.018	120.067	116.977

mazowieckie	195.606	193.026	188.701	176.832
opolskie	40.740	42.374	41.500	37.811
podkarpackie	141.596	143.995	145.123	138.978
podlaskie	72.337	76.358	78.551	76.988
pomorskie	121.930	126.079	135.333	135.241
śląskie	180.320	177.406	175.516	166.378
świętokrzyskie	97.649	92.661	98.572	91.990
warmińsko-mazurskie	136.587	141.450	143.547	138.063
wielkopolskie	142.314	143.170	148.369	145.420
zachodniopomorskie	120.861	123.254	125.424	119.042
Au total	2.006.008	2.004.891	2.024.779	1.933.998

Coût du programme « L'aide d'État dans le domaine de l'alimentation »

Voïvodie	2008	2009	2010	2011
dolnośląskie	47.508.767	45.948.305	48.265.299	46.303.558
kujawsko-pomorskie	56.637.678	54.100.815	55.612.346	55.663.460
lubelskie	41.642.674	42.861.852	44.323.018	44.158.096
lubuskie	31.765.113	32.734.716	34.878.042	33.658.625
łódzkie	53.699.793	56.495.286	56.674.447	56.701.523
małopolskie	59.193.965	54.290.256	51.982.758	56.222.696
mazowieckie	80.861.442	81.848.292	81.986.474	77.084.262
opolskie	23.192.734	24.785.456	24.328.028	23.414.393
podkarpackie	56.630.448	53.766.165	58.689.314	58.105.711
podlaskie	29.650.829	32.114.546	33.765.983	33.602.642
pomorskie	46.202.270	47.952.526	50.534.006	54.675.805
śląskie	71.161.821	76.877.545	76.204.828	75.681.378
świętokrzyskie	46.625.882	47.909.852	53.199.738	54.043.996
warmińsko-mazurskie	49.797.351	51.910.965	52.715.927	52.719.622
wielkopolskie	60.265.624	63.579.859	68.682.270	69.305.245
zachodniopomorskie	54.730.274	50.798.703	51.063.442	51.310.116
AU TOTAL	809.566.665	817.975.139	842.905.920	842.651.128

Pour de plus amples informations – voir la réponse à la question 3 de l'article 14, paragraphe 1.

Conclusion négative

L'égalité de traitement des ressortissants des autres Etats parties à la Charte, résidant légalement ou travaillant en Pologne, n'est pas garantie en ce qui concerne l'accès à l'aide sociale (une période de résidence trop longue qui est requise pour obtenir un permis de séjour, déterminant pour l'obtention de l'accès aux prestations de sécurité sociale).

Une conclusion négative identique concerne l'article 14, paragraphe 1. Pour plus d'explications – voir la réponse à la conclusion négative se référant à l'article 14, paragraphe 1.

ARTICLE 14 – DROIT AU BENEFICE DES SERVICES SOCIAUX

Article 14§1

1) Cadre juridique général. La nature, les raisons et l'étendue des réformes éventuelles.
et

2) Les mesures (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) prises pour mettre en œuvre le cadre juridique.

En raison des modifications introduites en 2011 à la loi du 12 mars 2004 sur l'assistance sociale:

- le montant de la subvention du budget de l'Etat pour le financement des tâches propres des autorités locales a changé – de 50% à 80%, dans certains cas jusqu'à 100% des coûts de la mise en œuvre des tâches,
- le nombre d'assistants sociaux qui doivent être embauchés par un centre d'assistance sociale a augmenté: la nouvelle solution entrera en vigueur le 1 janvier 2015. Selon cette nouvelle solution, le centre embauchera des assistants sociaux proportionnellement au nombre de la population d'une gmina, soit un rapport d'un assistant travaillant à temps plein pour 2 000 habitants, ou proportionnellement au nombre de familles et de ménages constitués d'une seule personne, couverts par l'assistance sociale, soit un rapport d'un assistant travaillant à temps plein pour pas plus de 50 familles et ménages constitués d'une seule personne. En outre, un centre d'assistance sociale ne pourra pas employer moins de 3 assistants sociaux,
- une équipe pour l'exécution des tâches dans le domaine du travail social et de l'inclusion sociale peut être créée au sein de la structure organisationnelle du centre d'assistance sociale. Cette équipe se compose d'au moins trois assistants sociaux et autres professionnels.

Les règles qui régissent les exigences en matière de qualifications professionnelles des assistants sociaux ont été modifiées afin de standardiser et d'améliorer les compétences et les qualifications des assistants sociaux. Actuellement toute personne qui remplit au moins une des conditions suivantes peut travailler en tant qu'assistant social:

- a un diplôme d'un établissements de formation des assistants sociaux;
- a un diplôme universitaire avec spécialisation en travail social;
- avant le 31 décembre 2013 a obtenu un diplôme universitaire avec spécialisation préparant à la profession d'assistant sur l'un des domaines d'études:
 - pédagogie,
 - pédagogie spéciale,
 - sciences politiques,
 - politique sociale,
 - psychologie,
 - sociologie,
 - études familiales.

Les degrés de spécialisation professionnelle dans la profession d'assistant social ont été mis en place:

- le premier degré de spécialisation dans le domaine du travail social, destiné à compléter et perfectionner les connaissances et les qualifications professionnelles des assistants sociaux,
- le deuxième degré de spécialisation dans le domaine du travail social, destiné à approfondir les connaissances et perfectionner les compétences nécessaires pour travailler avec certains groupes de personnes bénéficiant de l'assistance sociale.

3) Les données chiffrées et statistiques ou toutes autres informations pertinentes portant sur l'accès effectif aux services sociaux (le nombre total de bénéficiaires, le nombre de bénéficiaires par catégorie de services sociaux, le nombre et la répartition géographique des services sociaux, le nombre et les qualifications des employés).

Personnes qui ont obtenu les prestations

Voïvodie	2008	2009	2010	2011
dolnośląskie	137.166	137.288	136.011	128.168
kujawsko-pomorskie	157.351	157.046	157.492	152.307
lubelskie	132.707	128.178	125.783	121.746
lubuskie	75.703	73.711	71.391	67.251
łódzkie	139.154	137.340	138.745	134.602
małopolskie	143.420	143.790	145.699	139.887
mazowieckie	246.840	239.219	238.600	231.307
opolskie	41.848	43.088	42.957	41.218
podkarpackie	147.044	145.233	142.288	135.582
podlaskie	75.933	78.383	77.348	75.801
pomorskie	129.640	129.204	129.337	127.867
śląskie	186.622	182.861	185.627	181.249
świętokrzyskie	86.093	85.033	86.633	83.803
warmińsko-mazurskie	131.241	132.270	130.844	126.090
wielkopolskie	159.318	160.730	164.034	160.180
zachodniopomorskie	111.172	109.427	112.706	110.572
Au total	2.101.252	2.082.801	2.085.495	2.017.630

Familles qui ont obtenu l'assistance sous forme de travail social

Voïvodie	2008	2009	2010	2011
dolnośląskie	46.818	47.316	50.481	49.704
kujawsko-pomorskie	56.907	63.702	66.658	66.770
lublin	43.872	46.171	46.933	48.470
lubuskie	27.366	28.552	32.243	28.835
łódzkie	84.212	87.792	86.114	84.735
małopolskie	79.701	77.463	84.318	79.269
mazowieckie	129.553	127.256	124.314	125.616
opolskie	18.478	19.682	16.515	18.816
podkarpackie	46.204	47.139	53.151	50.461
podlaskie	35.425	37.112	38.227	39.209
pomorskie	37.987	42.104	43.858	44.572
śląskie	91.149	91.445	93.309	91.577
świętokrzyskie	30.264	38.418	36.373	39.972
warmińsko-mazurskie	74.043	77.084	77.373	70.417
wielkopolskie	95.470	98.265	95.358	89.999
zachodniopomorskie	41.743	36.218	45.541	40.926
Au total	939.192	965.719	990.766	969.348

Personnes qui ont obtenu les prestations

Voïvodie	2008	2009	2010	2011
dolnośląskie	137.166	137.288	136.011	128.168
kujawsko-pomorskie	157.351	157.046	157.492	152.307
lubelskie	132.707	128.178	125.783	121.746
lubuskie	75.703	73.711	71.391	67.251
łódzkie	139.154	137.340	138.745	134.602
małopolskie	143.420	143.790	145.699	139.887
mazowieckie	246.840	239.219	238.600	231.307
opolskie	41.848	43.088	42.957	41.218
podkarpackie	147.044	145.233	142.288	135.582
podlaskie	75.933	78.383	77.348	75.801
pomorskie	129.640	129.204	129.337	127.867

śląskie	186.622	182.861	185.627	181.249
świętokrzyskie	86.093	85.033	86.633	83.803
warmińsko-mazurskie	131.241	132.270	130.844	126.090
wielkopolskie	159.318	160.730	164.034	160.180
zachodniopomorskie	111.172	109.427	112.706	110.572
Au total	2.101.252	2.082.801	2.085.495	2.017.630

Assistants sociaux embauchés dans les centres d'assistance sociale et les centres d'aide aux familles de powiat

2008	2009	2010	2011
18.746	19.404	19.371	20.599

Questions additionnelles

1/ L'avancement des mesures visant à compenser la disponibilité des services sociaux dans les régions (création de nouveaux centres, augmentation de l'emploi, amélioration des qualifications des assistants sociaux).

Dans le cadre du Programme opérationnel Capital Humain 2007-2013, financé par le Fonds social européen, les projets sont mis en œuvre visant à accroître les compétences et les qualifications professionnelles des employés des services sociaux, en mettant un accent particulier sur les assistants sociaux. Les employés des services sociaux peuvent compléter, gratuitement, leur licence ou maîtrise, obtenir une spécialisation de premier et de second degré dans la profession d'assistant social et des études de troisième cycle (postuniversitaires), en matière de gestion d'assistance sociale (l'organisation d'assistance sociale), d'économie sociale, de politique sociale, de gestion des fonds communautaires et d'autres. Avant la fin de 2011, 4.000 personnes ont amélioré leurs qualifications professionnelles.

Dans le cadre du projet « Création et élaboration de normes d'assistance sociale et d'insertion sociale », les normes de qualité de service dans les centres d'assistance et d'insertion sociale seront élaborées et mises en œuvre, y compris l'élaboration d'un modèle de standards au niveau de gmina pour à sortir de l'itinérance, les normes en matière de services de soins, de prévention de la violence domestique, d'intervention de crise et d'inclusion sociale. L'objectif principal du projet consiste à montrer à quoi devraient ressembler certaines organisations (institutions), si elles doivent atteindre les résultats dans l'élimination de l'exclusion sociale. La norme d'un travail social environnemental, axé sur l'activation de groupes sociaux, de collectivités et de communautés locales exposées à un risque d'exclusion sociale, a été élaborée. Cette norme prévoit trois rôles nouveaux pour les assistants sociaux à remplir: d'animateur, de médiateur et d'un homme politique local au service de la société (assistant social – organisateur communautaire).

Un projet a également été lancé, visant à créer un réseau social (la revitalisation sociale), dont l'objectif est d'élaborer des mesures standard de partenariat, associant diverses méthodes et techniques de travail social. Les projets visant à soutenir et à promouvoir l'emploi social sont également mis en œuvre (des formes de soutien pilotes visant à aider les institutions axées sur l'économie sociale – les Centres d'intégration sociale et les Clubs d'intégration sociale), de même que les projets visant à élaborer des outils et de systèmes d'information. Entre autres choses, un outil pour évaluer les ressources de soutien social a été créé, fondé sur l'analyse de la situation sociale et démographique locale dans la région.

2/ Comment le respect de la vie privée est-il assuré par les services sociaux, en particulier la protection des données personnelles.

L'article 119, paragraphe 2, de la loi sur l'assistance sociale stipule que, lors de la mise en œuvre des tâches, l'assistant social est tenu, entre autres choses de:

- être guidé par les principes de déontologie professionnelle,
- être guidé par le principe du bien commun des personnes et des familles qu'il aide, de respecter leur dignité et le droit de ces personnes à l'autodétermination,
- lutter contre toute pratique discriminatoire et inhumaine dirigée envers une personne, une famille ou un groupe,
- fournir aux personnes qui demandent un renseignement des informations complètes sur les allocations et autres formes d'aide disponibles auxquelles ils ont droit,
- préserver la confidentialité des informations obtenues dans le cadre d'activités professionnelles, même après la cessation d'emploi, sauf si cela est contre le bien de la personne ou de la famille,

La protection des données personnelles est régulée par la loi du 29 août 1997 sur la protection des données personnelles. La loi énonce les règles de conduite dans le traitement des données personnelles et les droits des personnes physiques dont les données personnelles sont ou peuvent être traitées dans les bases de données. La loi s'applique au traitement des données personnelles:

- dans les fichiers, index, livres, listes et autres bases de données,
- dans les systèmes d'information, y compris lors du traitement des données à l'extérieur de la base des données.

La loi s'applique aux autorités publiques, aux autorités locales et aux entités organisationnelles publiques et municipales. La loi s'applique également aux entités privées exécutant des tâches publiques,

Toute information concernant une personne physique identifiée ou identifiable est considérée comme une donnée à caractère personnel.

Le traitement des données est permis lorsque:

- la personne à laquelle se rapportent les données personnelles a donné son consentement, sauf s'il s'agit de l'effacement de ces données,
- il est nécessaire afin d'exercer son droit ou afin de remplir les devoirs découlant des dispositions de la loi,
- il est nécessaire afin d'exécuter un contrat, si la personne à laquelle se rapportent les données personnelles est signataire de ce contrat ou s'il est nécessaire afin de prendre des mesures avant la conclusion du contrat, à la demande de la personne à laquelle se rapportent les données,
- il est nécessaire afin de réaliser les tâches prévues par la loi pour le bien public,
- il est nécessaire pour la réalisation des objectifs légitimes visés par les administrateurs de données ou les destinataires de ces données, et si le traitement des données ne viole pas les droits et libertés de la personne concernée.

Dans le cas de la collecte de données personnelles de la personne à laquelle elles se rapportent, l'administrateur de données est tenu d'informer cette personne:

- de l'adresse du siège social et du nom complet, et si l'administrateur est une personne physique – du lieu de sa résidence, ainsi que de son nom et prénom,
- de l'objectif de la collecte de données, en particulier sur les destinataires qui lui sont bien connus lors de la prestation des renseignements ou sur les destinataires ou sur les catégories de destinataires prévus,
- du droit d'accès à leurs données personnelles et à la correction de ces données,

- du caractère volontaire ou obligatoire de la prestation des renseignements, et si une telle obligation existe, sa base juridique.

Si les données personnelles sont collectées non pas auprès de la personne concernée, mais auprès d'une autre personne, alors l'administrateur de données est tenu de fournir à cette personne, immédiatement après l'enregistrement, des informations concernant, entre autres:

- l'adresse du siège social et du nom complet,
- l'objectif et le périmètre de la collecte des données,
- la source de données,
- le droit d'accès à ces données personnelles et leur correction.

L'administrateur des données personnelles qui les traite est tenu de garantir que ces données sont:

- traitées conformément à la loi,
- collectées pour des finalités déterminées et légitimes et ne sont pas traitées ultérieurement de manière incompatible avec ces finalités,
- pertinentes et adéquates par rapport aux finalités pour lesquelles elles sont traitées,
- conservées sous une forme permettant l'identification des personnes concernées pendant une durée n'excédant pas celle nécessaire à la réalisation de la finalité pour laquelle elles sont traitées.

Il est interdit de traiter des données à caractère personnel sur l'origine raciale ou ethnique, les convictions politiques, religieuses ou philosophiques, l'appartenance religieuse, l'adhésion à un parti politique ou à un syndicat, ou relatives à la santé, au code génétique, aux dépendances ou à l'orientation sexuelle, ainsi que les données relatives aux condamnations, sanctions et amendes en droit pénal et aux autres décisions émises lors des procédures judiciaires ou administratives.

Le traitement des données personnelles est pourtant admissible si, entre autres choses:

- la personne concernée a donné son consentement par écrit,
- les dispositions spécifiques d'une autre législation prévoient le traitement de ces données sans le consentement de la personne concernée, et fournissent des garanties adéquates en matière de protection de ces données,
- le traitement des données est nécessaire pour protéger les intérêts vitaux de la personne concernée ou d'une autre personne lorsque celle-ci est physiquement ou légalement incapable de donner son consentement, jusqu'au moment de désignation d'un gardien légal ou d'un curateur,
- il est nécessaire afin d'accomplir les tâches statutaires des églises et autres organisations religieuses, associations, fondations et autres organisations sans but lucratif ou organismes à vocation politique, scientifique, religieuse, philosophique ou syndicale, à condition que le traitement des données se rapporte aux seuls membres de ces organisations ou institutions ou aux personnes qui sont en contact régulier avec eux dans le cadre de leurs activités, et si les garanties adéquates en matière de protection des données traitées sont assurées,
- le traitement porte sur les données qui sont nécessaires pour poursuivre une action en justice,
- le traitement des données est effectué dans le but de protéger la santé, de fournir des soins médicaux ou de traiter les patients par le personnel professionnel de la santé assurant un traitement, la prestation des services de santé et des autres soins médicaux, ainsi que dans le but de gérer la prestation des services de santé, lorsque toutes les garanties adéquates en matière de protection des données personnelles sont assurées,
- le traitement des données est effectué par la partie à exercer les droits et obligations découlant des décisions émises lors des procédures judiciaires ou administratives.

Toute personne a le droit de contrôler le traitement des données la concernant, qui figurent dans la base des données, y compris le droit:

- d’obtenir des renseignements détaillés si une telle base de données existe et d’établir l’administrateur de données, l’adresse du siège social et le nom complet de celui-ci,
- d’obtenir des informations sur l’objectif, le périmètre et la méthode de traitement des données figurant dans cette base,
- d’obtenir des informations sur la source d’où proviennent les données la concernant,
- d’obtenir des informations sur la façon de diffuser ces données,
- de demander de compléter, de mettre à jour ou de corriger les données personnelles, de suspendre temporairement ou définitivement leur traitement ou de les supprimer si elles sont incomplètes, périmées, erronées ou ont été collectées en violation de la loi ou que leur traitement n’est plus nécessaire aux fins pour lesquelles elles ont été collectées,
- de soumettre, dans les cas visés par la loi, une demande écrite et motivée de cesser le traitement des données en raison de sa situation particulière.

L’administrateur de données est tenu d’appliquer les mesures techniques et organisationnelles pour assurer la protection des données personnelles traitées qui est appropriée aux risques et aux catégories de données qui doivent être protégées. Il doit notamment protéger les données contre la divulgation de ces données aux personnes non autorisées, contre le vol par une personne non autorisée, contre le traitement en violation de la loi et contre tout changement, toute perte, tout dommage ou toute destruction.

Seules les personnes ayant une autorisation donnée par l’administrateur de données peuvent avoir accès au traitement des données.

La personne qui traite les données personnelles recueillies lorsque ce traitement est inacceptable ou si elle n’a pas le droit de le faire, est passible d’une amende, d’une peine de restriction de liberté ou d’une peine de prison pouvant atteindre deux ans. Si une telle action concerne les données à caractère personnel révélant l’origine raciale ou ethnique, les convictions politiques, religieuses ou philosophiques, l’appartenance religieuse, l’adhésion à un parti politique ou à un syndicat, ou relatives à la santé, au code génétique, aux dépendances ou à l’orientation sexuelle, alors le contrevenant est passible d’une amende, d’une peine de restriction de liberté ou d’une peine de prison pouvant atteindre trois ans. La personne qui gère la collecte de données ou – ayant l’obligation de protéger les données personnelles – les divulgue ou donne l’accès à ces données aux personnes non autorisées, est passible d’une amende, d’une peine de restriction de liberté ou d’une peine de prison pouvant atteindre deux ans.

Conclusion négative

L’égalité de traitement des ressortissants des autres Etats parties à la Charte, résidant légalement ou travaillant en Pologne, n’est pas garantie en ce qui concerne l’accès à l’assistance sociale (une période de résidence trop longue qui est requise pour obtenir un permis de séjour, déterminant pour l’obtention de l’accès aux prestations d’assistance sociale).

Aucune modification de la loi sur l’assistance sociale n’est pas prévue dans le but d’élargir la portée personnelle de ses dispositions.