



22/12/08

RAP/Cha/POL/VIII(2008)

CHARTRE SOCIALE EUROPEENNE

8ème Rapport national sur l'application de la
Charte Sociale européenne

soumis par

LE GOUVERNEMENT DE LA POLOGNE

pour la période du 01/01/2005 au 31/12/2007
sur les articles 3, 12 et 13

pour la période du 01/01/2003 au 31/12/2007
sur les articles 11 et 14

Rapport enregistré au Secrétariat le 22 décembre 2008

CYCLE 2009



REPUBLIQUE DE POLOGNE

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 afin de mettre en œuvre les dispositions de la Charte sociale européenne :

- **articles 3, 12 et 13 – pour les années 2005-2007,**
- **articles 11 et 14 – pour les années 2003-2007.**

Conformément aux dispositions de l'article 23 de la Charte sociale européenne le rapport a été transmis 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.

LISTE D'ABREVIATIONS

CE – Communauté européenne
CEE – Communauté économique européenne
CIOP-PIB – Centralny Instytut Ochrony Pracy-Państwowy Instytut Badawczy – Institut central de la protection du travail-Institut national de recherche
EEE – Espace économique européen
FNUAP - Fonds des Nations unies pour la population
FP – Fundusz Pracy - Fonds du travail
FUS – Fundusz Ubezpieczeń Społecznych – Fonds des assurances sociales
GUS – Główny Urząd Statystyczny – Office central des statistiques
IOS – Inspekcja Ochrony Środowiska – Inspection pour la protection de l'environnement
Kk – Kodeks karny – Code pénal
Kp – Kodeks pracy – Code du travail
KRUS – Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego – Caisse d'assurance sociale agricole
NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia – Fonds national pour la santé
NPZ – Narodowy Program Zdrowia – Programme national pour la santé
OIT - Organisation Internationale du Travail
OMS - Organisation Mondiale de la Santé
PIP – Państwowa Inspekcja Pracy – Inspection nationale du travail
PIS – Państwowa Inspekcja Sanitarna – Inspection sanitaire nationale
POKL – Program Operacyjny Kapitał Ludzki – Programme opérationnel Capital Humain
PSO – Program Szczepień Ochronnych – Programme des vaccinations
RP - République de Pologne
UE – Union européenne
WIOŚ – Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska – Inspectorat de voïvodie de la protection de l'environnement
WUG – Wyższy Urząd Górniczy – Office minier suprême
ZUS – Zakład Ubezpieczeń Społecznych – Institut d'assurances sociales

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

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité et à l'hygiène au travail, les Parties contractantes s'engagent :

1. à édicter des règlements de sécurité et d'hygiène ;
2. à édicter des mesures de contrôle de l'application de ces règlements ;
3. à consulter, lorsqu'il y a lieu, les organisations d'employeurs et de travailleurs sur les mesures tendant à améliorer la sécurité et l'hygiène du travail.

RAPPORT POUR LA PERIODE ALLANT DU 1 JANVIER 2005 AU 31 DECEMBRE 2007

ARTICLE 3 ALINEA 1

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

Les dispositions relatives à la sécurité et à l'hygiène au travail relèvent de la loi du 26 juin 1974 – Code du travail, section dixième « Sécurité et hygiène au travail » ainsi que la section huitième « Droits des travailleurs relatifs à leur qualité des parents » et la section neuvième « Emploi des jeunes ». Les obligations de l'employeur en ce qui concerne la sécurité et l'hygiène au travail sont régies par des actes exécutifs relatifs au Code du travail issus par :

- le Ministre du travail et de la politique sociale (dispositions relatives à la sécurité et l'hygiène applicables généralement),
- les ministres compétents pour les secteurs de l'économie nationale ou genres de travail (dispositions particulières dans le domaine de la sécurité et l'hygiène au travail relatives à ces secteurs ou genres).

La nécessité d'adopter durant la période couverte par le rapport de nouveaux actes juridiques ou de modifier certains actes en vigueur, résultait de la mise en oeuvre de standards internationaux et de progrès technologique. Entre autres, les règlements suivants ont été issus :

- du Ministre de la santé du 10 janvier 2005 relatif au modèle du livret de tests de prévention pour un travailleur exposé à un risque professionnel dans des entreprises utilisant de l'amiante dans les processus technologiques, au mode de compléter le livret et à sa mise à jour,
- du Conseil des Ministres du 18 janvier 2005 relatif à la dose limite du rayonnement ionisant, transposant la directive 96/29/Euratom fixant les normes de base relatives à la protection de la population et des travailleurs contre les dangers résultant des rayonnements ionisants,
- du Conseil des Ministres du 18 janvier 2005 relatif aux plans d'intervention d'urgence en cas d'événements de radiation,
- du Ministre de la santé du 20 avril 2005 relatif aux examens et le measurement des agents nocifs pour la santé dans le milieu de travail,
- du Ministre de la santé du 22 avril 2005 relatif aux agents biologiques nocifs pour la santé présents dans le milieu de travail et à la protection de la santé des travailleurs en exposés dans des situations professionnelles, transposant la directive 2000/54/CE concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail (septième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE) (modifié en 2008),
- du Ministre de l'agriculture et du développement rural du 5 mai 2005 modifiant le règlement relatif à la sécurité et l'hygiène au travail lors de l'utilisation et du stockage des produits phytosanitaires et des engrais minéraux ainsi que des engrais organiques minéraux,

- du Ministre de l'économie et du travail du 28 juin 2005 modifiant le règlement relatif à la formation dans le domaine de la sécurité et l'hygiène au travail,
- du Conseil des Ministres du 5 juillet 2005 modifiant le règlement relatif à la liste des travaux interdits aux jeunes et aux conditions de leur emploi pour effectuer certains de ces travaux,
- du Ministre de l'économie et du travail du 5 août 2005 relatif à la sécurité et à l'hygiène lors des travaux liés à l'exposition au bruit ou aux vibrations mécaniques, transposant la directive 2002/44/CE concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à l'exposition des travailleurs aux risques dus aux agents physiques (vibrations) (seizième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE) ainsi que la directive 2003/10/CE concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à l'exposition des travailleurs aux risques dus aux agents physiques (bruit) (dix-septième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE),
- du Ministre de la santé du 10 août 2005 modifiant le règlement relatif aux substances, préparations, agents ou processus technologiques carcérrogènes ou mutagènes dans le milieu de travail,
- du Conseil des Ministres du 18 août 2005 relatif aux postes ayant de l'importance particulière pour la sécurité nucléaire et la protection radiologique ainsi qu'aux inspecteurs de la protection radiologique,
- du Ministre de l'économie et du travail du 10 octobre 2005 modifiant le règlement relatif aux concentrations et intensités maximales admissibles des agents nocifs dans le milieu du travail transposant la directive 2003/18/CE qui modifie la directive 83/477/CEE du Conseil concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante pendant le travail,
- du Ministre de l'économie et du travail du 14 octobre 2005 relatif aux règles de sécurité et d'hygiène au travail relatives à la mise en garde et à l'élimination des produits contenant de l'amiante ainsi que sur le programme de formation en matière de sécurité d'utilisation de tels produits, transposant la directive 83/477/CEE concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail, modifiée par les directives 91/382/CEE et 2003/18/CE,
- du Ministre de l'infrastructure du 26 octobre 2005 modifiant le règlement relatif à la sécurité et l'hygiène dans le transport en commun et le transport par bus interurbains,
- du Ministre de l'agriculture et du développement rural du 15 décembre 2005 modifiant le règlement relatif à la sécurité et l'hygiène au travail consistant à l'élevage des animaux,
- du Conseil des Ministres du 31 mai 2006 modifiant le règlement fixant la liste des travaux interdits aux jeunes et aux conditions de leur emploi pour effectuer certains de ces travaux – transposant dans l'ordre juridique polonais la directive 94/33/CE relative à la protection des jeunes au travail,
- du Ministre de l'économie du 9 juin 2006 modifiant le règlement fixant les prescriptions minimales de sécurité et d'hygiène au travail applicables aux travailleurs occupant des postes exposés au risque d'explosion,
- du Ministre de l'économie du 9 juin 2006 modifiant le règlement relatif à la sécurité et l'hygiène au travail, au fonctionnement et à la protection spécialisée contre les incendies dans des exploitations minières souterraines,
- du Conseil des Ministres du 12 juillet 2006 relatif au travail en sécurité en présence des sources de rayonnement ionisant,
- du Ministre de l'environnement du 24 août 2006 relatif à la sécurité et l'hygiène dans la sylviculture,

- du Ministre de l'économie du 21 novembre 2006 modifiant le règlement relatif à la sécurité et l'hygiène au travail relatif à la production des produits en caoutchouc,
- du Conseil des Ministres du 23 novembre 2006 modifiant le règlement fixant la procédure d'établir les circonstances et les causes d'accidents du travail ainsi que leur documentation et des informations à figurer au registre des accidents du travail,
- du Conseil des Ministres du 2 janvier 2007 fixant les normes relatives à la teneur en isotopes radioactifs naturels du potassium K-40, du radium Ra-226 et du thorium Th-228 dans les matières premières et les matériaux utilisés dans les bâtiments destinés au public et aux animaux ainsi que dans les déchets industriels utilisés dans la construction ainsi qu'au contrôle de la teneur de ces isotopes,
- du Conseil des Ministres du 30 janvier 2007 relatif au permis d'importation sur le territoire de la République de Pologne, à l'exportation du territoire de la République de Pologne et de transit du combustible nucléaire usé destiné au traitement ou au stockage,
- du Conseil des Ministres du 20 février 2007 fixant les prescriptions de base concernant les terrains placés sous le contrôle et surveillés,
- du Conseil des Ministres du 20 février 2007 relatif aux conditions de l'importation sur le territoire de la République de Pologne, de l'exportation du territoire de la République de Pologne et du transit à travers ce territoire des matériaux nucléaires, des sources radioactives et des appareils contenant de telles sources,
- du Ministre du travail et de la politique sociale du 2 mars 2007 modifiant le règlement relatif aux dispositions générales dans le domaine de la sécurité et de l'hygiène au travail,
- du Ministre de l'économie du 19 mars 2007 relatif à la sécurité et à l'hygiène au travail dans le cadre duquel on fait l'usage du mercure et de ses composés,
- du Ministre de l'économie du 19 mars 2007 relatif à la sécurité et l'hygiène au travail dans le cadre duquel on fait l'usage des cyanures pour le traitement thermique des métaux, leurs solutions et mixtions,
- du Ministre de l'agriculture et du développement rural du 19 mars 2007 modifiant le règlement relatif à la sécurité et l'hygiène au travail dans les boulangeries,
- du Conseil des Ministres du 23 mars 2007 fixant les exigences relatives à l'enregistrement des doses individuelles,
- du Ministre de l'économie du 24 mai 2007 modifiant le règlement relatif à la sécurité et l'hygiène au travail, au fonctionnement et à la protection spécialisée contre les incendies dans des exploitations à ciel ouvert d'extraction des fossiles de base,
- du Ministre de l'économie du 24 mai 2007 modifiant le règlement relatif à la sécurité et l'hygiène au travail, au fonctionnement et à la protection spécialisée contre les incendies dans des exploitations à ciel ouvert d'extraction des fossiles au moyen de trous de forage,
- du Ministre de l'économie du 3 août 2007 modifiant le règlement relatif à la sécurité et l'hygiène au travail de construction et de reconstruction ainsi que de rénovation des bâtiments flottants,
- du Ministre de l'agriculture et du développement rural du 8 août 2007 abrogeant le règlement relatif à la sécurité et l'hygiène dans le travail dans les industries des plantes médicinales ainsi que le règlement relatif à la sécurité et l'hygiène du travail dans l'industrie de tabac,
- du Ministre de l'économie du 28 août 2007 modifiant le règlement relatif à la sécurité et l'hygiène au travail consistant en la production des textiles,
- du Ministre du travail et de la politique sociale du 30 août 2007 modifiant le règlement relatif aux concentrations et intensités maximales limites des agents nocifs en milieu du travail transposant la directive 2006/15/CE établissant une deuxième liste de valeurs

limites indicatives d'exposition professionnelle en application de la directive 98/24/CE du Conseil et portant modification des directives 91/322/CEE et 2000/39/CE,

- du Ministre du travail et de la politique sociale du 9 octobre 2007 modifiant le règlement relatif à la formation dans le domaine de la sécurité et l'hygiène au travail,
- du Ministre de l'économie du 10 octobre 2007 modifiant le règlement relatif à la sécurité et l'hygiène au travail consistant en la production et la transformation de l'arsenic et ses composés,
- du Ministre de l'économie du 10 octobre 2007 modifiant le règlement relatif à la sécurité et l'hygiène au travail consistant en la production et la transformation du chrome et ses composés, ainsi que son application,
- du Ministre de l'économie du 24 octobre 2007 modifiant le règlement relatif aux activités de secours dans des mines,
- du Ministre de la santé du 18 décembre 2007 relatif à l'examen et à la mesure des facteurs présentant des risques pour la santé en milieu de travail.

Les travaux sur l'adoption du règlement du Ministre de l'économie qui remplacera le règlement du Ministre de l'économie, du travail et de la politique sociale du 29 mai 2003 fixant les prescriptions minimales de sécurité et d'hygiène au travail liées au risque d'explosion dans le lieu du travail tirent à leur fin.

Lors de la période couverte par le rapport les propositions des modifications des règlements suivants du Ministre de la santé ont été élaborés:

- du 30 mai 1996 relatif aux examens médicaux des travailleurs, l'étendue des soins médicaux de prévention des travailleurs et aux certificats médicaux issus prévus par le Code du travail, afin d'élargir l'étendue des soins médicaux de prévention, à la définition précise des obligations des médecins de la médecine du travail – augmentation des possibilités d'appliquer des sanctions au cas de manquements graves dans leur travail,
- du 23 mars 1999 relatif aux examens médicaux et psychologiques des personnes cherchant à obtenir la licence ou possédant déjà la licence de la garde afin de donner droit à effectuer des examens médicaux et psychologiques des gardes aux opérateurs nouveaux, en particulier aux unités de base de la médecine du travail,
- du 7 janvier 2004 relatif aux examens médicaux des chauffeurs et des personnes cherchant à obtenir des permis de conduire afin de, entre autres, éliminer les difficultés dans l'application de certaines dispositions ainsi que les problèmes organisationnels lors des examens des personnes cherchant à obtenir des permis de conduire,
- du 30 décembre 2004 relatif à la sécurité et l'hygiène au travail effectué dans le milieu où sont présents des agents chimiques afin de faire le suivi de manière appropriée de l'état de santé des travailleurs exposés dans le milieu de travail aux effets nocifs du plomb et ses composés non-organiques et introduire la définition de l'exposition aux agents chimiques dans le milieu de travail,

et il a été élaboré une proposition du règlement du Ministre de la santé fixant les prescriptions applicables au diagnostic et prise de décision ainsi que les critères pour le diagnostic des maladies professionnelles. Le nouvel règlement constituera « un manuel » pour les médecins ayant des compétences pour diagnostiquer des maladies professionnelles.

Le 30 janvier 2007 le Conseil des Ministres a adopté la proposition pour la modification de la loi du 27 juin 1997 sur les services de la médecine du travail et l'a présentée à la Diète de la République de Pologne. Le projet, entre autres:

- introduit une nouvelle définition du « contrôle de la santé des travailleurs » conforme à la définition approuvée par l'OIT,
- enlève des unités de la médecine du travail l'obligation de reconnaître et d'évaluer les agents nocifs pour la santé des travailleurs (conformément au Code du travail cette

mission appartient à l'employeur), les unités de la médecine du travail coopéreront avec les employeurs quant à l'évaluation du risque professionnel,

- impose au psychologue qui commence ou finit son activité dans le domaine des soins de santé préventifs des travailleurs, l'obligation de déclarer ce fait au centre de voïvodie de la médecine du travail compétent pour le lieu de l'activité, ainsi qu'introduit la liste des informations à présenter au moment de déclarer, démarer ou clore l'activité économique, définit le délai d'accomplir un acte donné, impose au psychologue l'obligation de documenter les examens effectués et les décisions délivrées ; le projet harmonise les principes de procéder avec cette documentation avec les principes relatifs à la documentation médicale,
- limite le droit des centres de voïvodie de la médecine du travail à effectuer des examens préventifs uniquement aux situations où cela est nécessaire afin de former les médecins se spécialisant en médecine du travail ou dans le cadre des stages spécialisés et donne droit au ministre compétent pour la santé de définir, sous forme du règlement, le nombre des examens effectués pour se mettre en conformité avec des objectifs fixés par le Code du travail, effectués dans le cadre des soins de santé, vu la nécessité de les réaliser pour assurer une formation spécialisée des médecins par les centres de voïvodie de la médecine du travail,
- prévoit que les contrats avec les unités de la médecine du travail pour les soins de santé préventifs (visites d'embauche, visites périodiques, visites de contrôle) ne seront conclus avec l'employeur que sous forme écrite.

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.

Chaque année le Ministre du travail et de la politique sociale présente au Conseil des Ministres le rapport sur la sécurité et l'hygiène au travail dans les entreprises et sur la mise en oeuvre des obligations dans le domaine de la sécurité et l'hygiène au travail par les employeurs ainsi que par les organes de l'administration gouvernementale dont l'activité a l'influence sur les conditions de travail dans les entreprises. Le rapport contient également les conclusions dont la mise en oeuvre devrait contribuer à l'amélioration de la sécurité et l'hygiène au travail dans les entreprises.

Le document est élaboré sur la base des renseignements fournis par les ministres compétents, les voïvodes, le GUS, la ZUS, la KRUS, la PIP, l'Inspection sanitaire nationale, l'Office minier suprême, l'Agence nationale nucléaire, l'Office de surveillance technique, Institut central de la protection du travail – Institut national de recherche et l'Institut de la médecine du travail de Łódź.

« L'évaluation de la situation dans le domaine de la sécurité et de l'hygiène au travail en 2006 » a été examinée par le Conseil des Ministres le 18 septembre 2007, tandis que « L'évaluation de la situation dans le domaine de la sécurité et de l'hygiène au travail en 2007 » a été envoyée au Conseil des Ministres pour l'examen en septembre 2008. Selon le rapport, les activités dont l'objectif est l'amélioration la sécurité et l'hygiène au travail doivent continuer, bien que les dernières années le nombre d'accidents du travail a diminué ainsi que le nombre travailleurs exposés au risque; en particulier vu qu'en 2006 et 2007 la progression du nombre de victimes d'accidents du travail et du nombre de travailleurs exposés au risque ont été enregistrées :

- victimes d'accidents du travail: 1990 – 108,3 mille, 2005 – 84,4 mille, 2006 - 95,5 mille, 2007 – 99,2 mille,
- décès suite à de tels accidents : 1990 – 850, 2005 – 470, 2006 – 493, 2007 – 479,

- cas de maladies professionnelles : 1990 – 9.326, 2005 – 3.249, 2006 – 3.129, 2007 – 3.285,
- travailleurs exposés au risque des agents nocifs présents dans l'environnement du travail, au caractère onéreux du travail et aux facteurs liés aux machines particulièrement dangereuses : 2005– 576,5 mille, 2006 - 590,5 mille, 2007 – 594 mille¹.

Il est impossible de donner les données relatives aux travailleurs exposés au risque lié au milieu du travail, au caractère onéreux du travail et aux facteurs liés aux machines particulièrement dangereuses pour l'année 1990 parce que les principes d'établir les statistiques ont changé, les données actuelles ne sont pas comparables aux données recueillies préalablement.

L'augmentation du nombre d'accidents du travail et de travailleurs exposés aux risques pourrait résulter, entre autres, de la bonne conjoncture économique qui a permis de créer de nouveaux emplois dans les secteurs de la production et des services. Cette conjoncture ne résulte toujours pas en l'amélioration suffisante du milieu du travail ni en respect accru des dispositions et des principes de la sécurité et l'hygiène au travail par les employeurs et les travailleurs. L'émigration massive de travailleurs hautement qualifiés qui sont remplacés par les salariés peu qualifiés ou les ressortissants étrangers, eux aussi peu qualifiés, peut contribuer à la progression du nombre d'accidents du travail.

La situation économique des employeurs qui, pour la plupart, n'a pas été forte lors de la période couverte par le rapport, influence d'une façon directe les conditions du travail dans les entreprises. Les employeurs visent à réduire les frais de leur activité, y compris en diminuant les dépenses pour l'amélioration de la sécurité et l'hygiène au travail. Certains employeurs ne se rendent pas compte des effets entraînés par les conditions du travail dangereuses, nocives ou onéreuses.

Depuis quelques années on observe l'augmentation du nombre d'employeurs qui se rendent compte du rôle de la sécurité et l'hygiène au travail pour leurs résultats économiques, y compris leur compétitivité économique. Il devient évident pour eux que s'il souhaitent concourir avec les entrepreneurs de l'Union européenne, ils doivent assurer les conditions appropriées de la sécurité et l'hygiène au travail, ce qui aura pour résultat la réduction du nombre d'accidents du travail et du taux d'absentéisme, par suite la réduction des frais économiques et l'augmentation de la productivité.

Ces employeurs, en particulier ceux gérant les petites entreprises et plus particulièrement les micro-entreprises (dont l'effectif ne dépasse pas 9 personnes), n'ayant pas de connaissance suffisante des obligations en matière de la sécurité et l'hygiène au travail, ne se rendent pas toujours compte de risques liés à leur activité ni de la nécessité d'entreprendre des mesures de prévention. Ils ne suivent pas toujours les avancées techniques qui permettent d'introduire les mesures de prévention efficaces.

A part la mauvaise situation économique et faute de connaissance du droit chez de nombreux petits employeurs, c'est le taux de chômage élevé qui influence négativement les conditions du travail dans les entreprises. Les travailleurs consentent à travailler dans les conditions qui menacent leur santé, voir leur vie, en particulier dans les régions où le taux de chômage est le plus élevé. Le taux de chômage qui diminue devrait inciter des employeurs à améliorer la sécurité et l'hygiène au travail, comme c'est eux qui devront chercher à employer de nouveaux travailleurs.

¹ Les données statistiques présentées ne sont pas comparables avec des données provenant d'autres pays, il est possible de comparer uniquement des taux de fréquence d'accidents mortels. Le taux pour la Pologne (calculé pour 1.000 travailleurs: 1999 – 0,045, 2005 – 0,044, 2006 – 0,046) est similaire aux taux pour la France, la République Tchèque, la Hongrie et inférieur au taux pour l'Espagne, l'Italie, la Lituanie, l'Estonie. Il convient de continuer les efforts pour atteindre le taux pour la Grande Bretagne, la Suède, la Finlande.

Les activités des entreprises dans le domaine de la sécurité et l'hygiène au travail sont supportées par des autorités nationales qui adoptent les actes juridiques conformes aux standards internationaux, en particulier ceux de l'UE. À cette fin, on continue à modifier les textes juridiques détaillés, issus en vertu du Code du travail, qui prennent en compte l'état de progrès technique ainsi que la situation (économique) des petites et moyennes entreprises.

Les conclusions principales de « L'évaluation... » :

- La poursuite des travaux législatifs en vue de transposer pleinement dans le droit polonais des dispositions des nouvelles directives des Communautés européennes dans le domaine de la sécurité et l'hygiène au travail.
- La mise en oeuvre du programme pluriannuel « Améliorer la sécurité et les conditions de travail » – 1ère étape (2008-2010). L'acteur et coordinateur principal est le CIOP-PIB. Le but du programme est d'élaborer des solutions organisationnelles et techniques innovantes, orientées vers le développement des ressources humaines et de nouveaux produits, technologies, méthodes et systèmes de gestion, dont l'application contribuera à limiter le nombre de personnes employées dans les conditions qui les exposent au risque des agents dangereux, nocifs et onéreux et les accidents du travail, maladies professionnelles y afférentes ainsi que les dommages économiques et sociales qui en résultent. Le programme servira de support au programme national pour la sécurité et l'hygiène dans travail pour les années 2009–2012.
- La continuation des travaux par les ministres compétents pour les secteurs de l'activité ou les genres du travail sur la modification des actes exécutifs en vigueur prévus par le Code du travail en ce qui concerne la sécurité et l'hygiène au travail, compte tenu du progrès technique et des dispositions des directives de l'UE.
- La continuation de contrôles intensifs effectués dans les entreprises par les autorités de contrôle relatifs aux conditions de travail, en particulier par les PIP et PIS.
- L'activité de la KRUS pour l'amélioration de la sécurité et l'hygiène dans les travail dans les exploitations agricoles individuelles, y compris la prévention d'accidents du travail dans l'agriculture ainsi que des maladies professionnelles. La KRUS devrait faire une attention particulière à la popularisation du comportement sans risque dans les exploitations agricoles. Le Ministère de l'agriculture et du développement rural devrait assister à cette action.
- Les activités du WUG pour limiter l'intensité de l'exploitation et le nombre de personnes présentes demeurent dans les zones à risque ainsi que les activités liées à la mise en oeuvre de systèmes de gestion de la sécurité et l'hygiène au travail dans les exploitations minières. Le WUG devrait continuer à entreprendre des actions intensives de contrôle et de prévention. La PIP devrait coopérer à la mise en oeuvre des activités du WUG.
- L'accomplissement des obligations du Ministère de l'éducation nationale imposées par l'article 2372 du Kp relatives à la présence de la problématique de la sécurité et l'hygiène au travail ainsi que de l'ergonomie dans les programmes scolaires dans des écoles de tous les niveaux (et non uniquement dans le cadre de la formation dans des écoles professionnelles).

Dans le cadre de la mise en oeuvre du communiqué de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social et au Comité des régions « Améliorer la qualité et la productivité au travail: une nouvelle stratégie communautaire de santé et de sécurité (2007-2012) » le Ministère du travail et de la politique sociale a élaboré un programme national pour la sécurité et l'hygiène au travail pour les années 2009-2012. Approuvé par les ministères compétents, le projet sera présenté à une session du Conseil des Ministres en septembre 2008.

Le programme vise à :

- réduire le nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles, en particulier dans le secteur minier, industriel, de construction et de transport,

- éliminer ou limiter les risques professionnels les plus fréquents, dus avant tout au bruit, aux poussières industrielles et substances chimiques,
- réduire le nombre de travailleurs employés dans les conditions nocives pour la santé ou onéreuses.

Les objectifs du programme devraient être atteints par :

- le renforcement du système de la protection du travail en Pologne,
- le renforcement de la mise en oeuvre des dispositions communautaires,
- le renforcement des activités pour améliorer le respect des dispositions et des principes en matière de la sécurité et de l'hygiène au travail,
- le perfectionnement de l'analyse des causes et circonstances des accidents du travail,
- l'amélioration de la prévention en matière de la santé,
- les activités pour la propagation de la réadaptation et de la réintégration des travailleurs,
- l'ajustement aux évolutions sociales et démographiques,
- l'inclusion de la problématique de la sécurité et de l'hygiène au travail dans les programmes de formation et scolaires,
- la définition de nouveaux types de risques,
- le transfert du savoir sur la sécurité et l'hygiène au travail vers des entreprises, en particulier petites et moyennes entreprises et microentreprises.

La mise en oeuvre du programme pluriannuel « L'amélioration de la sécurité et des conditions du travail » - 1ère étape, établi par le Conseil des Ministres le 3 juillet 2007, a commencé. Le programme est mis en oeuvre principalement par le CIOP-PIB. Le but du programme est d'élaborer des solutions organisationnelles et techniques innovantes, orientées vers le développement des ressources humaines et de nouveaux produits, technologies, méthodes et systèmes de gestion, dont l'application contribuera à limiter le nombre de personnes employées dans les conditions qui les exposent aux agents dangereux, nocifs et onéreux et les accidents du travail, maladies professionnelles y afférentes ainsi que les pertes économiques et sociales qui en résultent.

Le programme de l'élimination de l'amiante et des produits contenant de l'amiante sur le territoire polonais, approuvé par le Conseil des Ministres en mai 2002, assure la mise en oeuvre de la politique nationale de l'élimination de l'amiante et des produits contenant de l'amiante.

Les objectifs du programme :

- l'élimination progressive des produits contenant de l'amiante et la désamiantage du territoire polonais,
- l'élimination des effets négatifs pour la santé dus au contact avec l'amiante,
- l'élimination progressive des effets négatifs de l'amiante pour l'environnement et assurer le respect des exigences de la protection de l'environnement,

Lors de la mise en oeuvre du programme, entre 2003 et 2032, les actions suivantes seront entreprises:

- la mise en oeuvre des dispositions de la CE et des normes relatives aux produits contenant de l'amiante,
- la purification du territoire polonais de l'amiante et l'élimination des produits contenant de l'amiante,
- la neutralisation de déchets d'amiante qui se trouvent sur les routes et places appartenant aux opérateurs économiques et à d'autres établissements, y compris autorités locales,
- le stockage des déchets d'amiante sur 84 sites dont la superficie varie de 1 à 5 ha situés sur tout le territoire de la Pologne,
- l'élimination des effets négatifs pour la santé dus à l'amiante chez les habitants de la Pologne,

- l'élimination de l'influence de l'amiante sur l'environnement.

Le programme prévoit la mise en oeuvre des missions suivantes :

- les activités d'information et de popularisation du savoir sur la nocivité de l'amiante et le traitement sans risque des produits contenant de l'amiante et les manières de les éliminer,
- la formation des fonctionnaires de l'administration gouvernementale en ce qui concerne les dispositions et les procédés régissant les contacts avec l'amiante,
- l'établissement du Centre de référence pour la recherche et l'estimation du risque professionnel relatif à l'amiante,
- l'établissement d'une base de données sur la localisation, la quantité et l'état des produits contenant de l'amiante à éliminer en tant que déchets dangereux, au niveau des gminas, powiats, voïvodies et du pays l'état ainsi que l'établissement d'une base de données indispensables pour le suivi de la mise en oeuvre des missions prévues par le programme, et la formation des fonctionnaires de l'administration gouvernementale en ce qui concerne l'usage de ces bases de données,
- l'élaboration, au niveau des gminas, powiats et voïvodies, des plans de protection contre la nocivité de l'amiante et des programmes d'élimination des produits contenant de l'amiante,
- le soutien aux initiatives entreprises par des autorités locales relatives au désamiantage des lieux publics couvrant :
 - le désamiantage des terrains et sites publics dans les gminas polluées particulièrement de l'amiante après la confirmation des risques à l'aide des examens de l'environnement et de l'évaluation du risque environnemental,
 - l'élimination des produits dangereux et des effets de leur nocivité pour la population et l'environnement,
 - des tests de l'air, du sol et de l'eau sur les sites publics pollués,
- la construction des sites pour stocker les déchets contenant de l'amiante,
- le suivi de la mise en oeuvre du programme,
- l'élimination des produits contenant de l'amiante.

Il est prévu que les dépenses pour la mise en oeuvre du programme entre 2003 et 2032 s'élèveront à 48.232.000.000 zł, y compris:

- 47.198.000.000 zł en provenance des fonds privés,
- 821.150.000 zł des fonds publics,
- 212.850.000 zł des fonds étrangers.

Il est prévu comme les fonds publics :

- la part des fonds des autorités locales et écologiques - 711.000.000 zł,
- la part du budget de l'Etat - 65.150.000 zł,
- la part du Fonds du travail - 45.000.000 zł.

Le budget de l'Etat soutient les actions suivantes :

- l'élaboration, au niveau des gminas, powiats et voïvodies, des plans de protection contre la nocivité de l'amiante et des programmes d'élimination des produits contenant de l'amiante,
- la formation des fonctionnaires de l'administration gouvernementale,
- les initiatives des autorités locales en ce qui concerne le désamiantage des lieux publics,
- les activités d'information et de popularisation,
- le suivi de la mise en oeuvre du programme, l'activité du Coordinateur général et du Conseil de Programme,
- l'établissement du Centre de référence pour la recherche et l'estimation du risque professionnel relatif à l'amiante,

Les premières années de la mise en oeuvre du programme les missions suivantes ont été mises en place au niveau national :

- <http://www.bazaazbestowa.pl/> La base des produits et des déchets contenant de l'amiante a été élaborée au niveau de voïvodies et publiée sur l'Internet (www.bazaazbestowa.pl). Le base de voïvodie des produits et des déchets contenant de l'amiante comprend:
 - la collection de données « Wyrób » utilisée pour amasser et agréger les données sur les produits contenant de l'amiante, accessible uniquement aux fonctionnaires des autorités au niveau des gminas, des voïvodies et national; cette base comprend des informations qui servent à suivre la mise en oeuvre du programme, permet d'évaluer la progression des travaux de désamiantage,
 - les bases de données d'accès général : „Firma”, „Składowiska”, „Akty prawne”, „Aktualności” contenant des informations utiles pour les propriétaires (utilisateurs) des produits contenant l'amiante et aux opérateurs économiques qui éliminent ou neutralisent ces produits.
- Il a été élaboré « Le plan exemple de désamiantage au niveau de gmina » qui est accessible à toutes les gminas ainsi que des programmes de désamiantage pour la voïvodie de Mazowsze, la voïvodie de Lublin et le powiat de Tomaszów.
- Plus de 4 mille fonctionnaires de l'administration nationale ont suivi des formations, en particulier les fonctionnaires des autorités locales de tous les niveaux, au sujet des dispositions détaillées et procédés concernant le traitement sans risque des produits contenant de l'amiante, les activités de contrôle et la protection de la santé.
- Les travaux destinés à augmenter le niveau de la détection et la lutte efficace contre les maladies dues à l'amainte ont été entrepris. Le Centre de référence pour la recherche et estimation du risque professionnel relatif à l'amiante, faisant partie de l'Institut de la médecine du travail de Łódź, en vertu des données accumulées procède à des examens, prépare des analyses et établit des expertises servant à minimiser des effets nocifs pour la santé de la population liés au contact avec l'amainte. La concentration des fibres d'amiante en air a été mesurée, le risque des cancers dus à l'amiante a été évalué. 4.184 mesures ont été effectuées dans 14 voïvodies (89,1% de la superficie du pays et 89,8% de la population polonaise). On a procédé à des mesures ont eu lieu sur 1.060 sites dans 217 powiats (705 gminas). Les sites qui ont suscité une attention particulière sont ceux à proximité d'anciennes usines d'amiante à Ogrodzieniec, Szczucin, Wierzbica, Gryfów, Lubawka et Małkinia. Le choix des sites pour la mesure des fibres d'amiante en air a été déterminé se basant sur : l'existence des potentielles sources de forte émission de poussière - accumulation de grandes quantités matériaux d'amiante et de ciment dans les bâtiments et le risque potentiel pour des grandes groupes de la population.
- L'activité d'information et de popularisation visant à adresser des groupes de la population aussi grandes que possible et à propager les méthodes d'utilisation sans risque et d'élimination des produits contenant de l'amiante. Des affiches, des brochures et des tracts ont été distribués aux certains groupes professionnels (comme agriculteurs et médecins), mais aussi aux autorités locales, dans tous les chefs-lieux ont eu lieu des conférences de presse.

Le résultats du Programmes à jour:

- la publication de nombreux actes juridiques importants, adaptation des dispositions nationales aux directives de la CE,
- l'ouverture de l'activité consistant en la propagation du savoir sur la nocivité de l'amiante et sur les procédés d'exploitation et d'élimination des produits contenant de l'amiante qui n'entraînent pas de risque,
- la popularisation du savoir sur le traitement des produits contenant de l'amiante qui n'entraîne pas de risque (conférences de presse, compétition),

- l'établissement d'un réseau de sites pour les déchets dangereux contenant de l'amiante qui couvrent les besoins du pays avec 2-3 ans d'avance,
- l'institution d'un grand nombre de petites entreprises de rénovation et de construction qui éliminent de l'amiante, ce qui donne quelques mille emplois,
- la formation des fonctionnaires de l'administration nationale et locale qui ont l'influence sur le déroulement des travaux liés à l'amiante,
- la formation de quelques mille travailleurs en ce qui concerne les méthodes de travail avec l'amiante en sécurité,
- les contacts internationaux, surtout au sein de l'UE qui facilitent la coopération dans le domaine de l'élimination de l'amiante sans risque,
- la préparation du suivi de la mise en oeuvre du programme sous forme de deux systèmes informatiques indépendants,
- la préparation à l'établissement du réseau informatique assurant les liens avec toutes les entités juridiques qui mettent en oeuvre des missions dans le cadre du programme (gminas, powiats, offices régionaux, offices des maréchaux, offices du gouvernement), l'établissement des programmes locaux pour l'élimination de l'amiante,
- l'établissement du Centre de référence pour la recherche et l'estimation du risque professionnel relatif à l'amiante,
- la recherche sur l'état de santé des travailleurs et des habitants dans les régions à risques,
- le soutien pour les initiatives des autorités locales en ce qui concerne les travaux d'élimination de l'amiante, en particulier le désamiantage des lieux publics et programmes de désamiantage.

Questions additionnelles

1/ Adoption de la loi visant à transposer la directive 2003/18 modifiant la directive 83/477/CEE concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante au travail

La directive 2003/18/CE modifiant la directive 83/477/CEE concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante au travail est transposée dans le droit polonais par le biais de:

- la loi du 26 juin 1974 – Code du travail,
- la loi du 19 juin 1997 sur l'interdiction de l'usage des produits contenant de l'amiante,
- le règlement du Ministre du travail et de la politique sociale du 26 septembre 1997 fixant les dispositions générales dans le domaine de la sécurité et l'hygiène au travail,
- le règlement du Ministre du travail et de la politique sociale du 29 novembre 2002 relatif à la concentration et l'intensité maximales admissibles des agents nocifs sur le lieu du travail,
- le règlement du Ministre de l'économie, du travail et de la politique sociale du 2 avril 2004 relatif à la sécurité en ce qui concerne les modes et les conditions d'utilisation et d'élimination des produits contenant de l'amiante,
- le règlement du Ministre de la santé du 1 décembre 2004 relatif aux substances, préparations, agents ou processus technologiques carcérrogènes ou mutagènes dans le milieu du travail,
- le règlement du Ministre de la santé du 20 avril 2005 relatif aux examens et le measurement des agents nocifs pour la santé dans le milieu de travail,
- le règlement du Ministre de l'économie et du travail du 14 octobre 2005 relatif aux règles de sécurité et d'hygiène au travail relatives à la mise en garde et à l'élimination des produits contenant de l'amiante ainsi que sur le programme de formation en matière de sécurité d'utilisation de tels produits,

- la Norme polonaise PN-88/Z-04202.02. Protection de la pureté de l'air. Examen de la concentration de l'amiante. Dispositions générales.
- Les travaux sur la proposition de la loi transposant la directive 2003/18 ont été arrêtés comme cette directive avait été introduite par les textes cités ci-dessus.

2/ Les travailleurs temporaires reçoivent-ils des informations et sont-ils formés dans la mesure nécessaire (au moment de l'embauche ou lorsque le nouvel équipement ou de nouvelles technologies sont introduites) afin d'assurer que le travail leur confié sera effectué dans les conditions sûres ? La question est liée aux informations selon lesquelles les accidents du travail sont, pour une grande partie, connexes au développement des formes d'emploi atypiques ou aux changements technologiques (l'exécution des travaux dangereux commandée aux sociétés externes, problèmes à garantir la formation appropriée aux personnes qui effectuent ce type de travaux) dont il est question dans le rapport Eironline, New rules on Health and safety consultation, www.eiro.eurofound.eu.int/2005/02/inbrief/pl0502101n.

Les principes de l'emploi des travailleurs temporaires par l'employeur qui est une agence de travail temporaire ainsi que les principes de diriger ces travailleurs et ceux qui ne sont pas employés par une agence de travail temporaire à exécuter un travail temporaire pour un employeur-utilisateur est réglé par la loi du 9 juillet 2003 relative à l'emploi des travailleurs temporaires. Selon cette loi l'employeur-utilisateur informe l'agence de travail temporaire par écrit des conditions du travail temporaire en ce qui concerne la sécurité et l'hygiène au travail. Avant le conclure le contrat de travail entre l'agence de travail temporaire et le travailleur temporaire, l'agence et l'employeur-utilisateur consentent par écrit sur l'étendue de la prise par l'employeur-utilisateur des autres obligations dans le domaine de la sécurité et l'hygiène au travail.

L'employeur-utilisateur est tenu d'assurer au travailleur temporaire les conditions du travail sûres et hygiéniques sur le site du travail temporaire.

L'employeur-utilisateur assure au travailleur les vêtements et les chaussures de travail ainsi que les équipements de protection individuelle, les boissons et les repas de prévention, assure la formation sur la sécurité et l'hygiène au travail, établit les circonstances et les causes d'un accident du travail, évalue le risque professionnel et informe le travailleur sur ce risque. L'employeur-utilisateur est tenu d'informer et de former sur la sécurité et l'hygiène au travail le travailleur temporaire ainsi que tout autre travailleur employé en vertu d'un contrat de travail (conformément aux dispositions du Code du travail).

Conclusion négative

Les personnes travaillant pour leur propre compte ne sont pas suffisamment protégées sur base des dispositions légales ou autres solutions, contre les risques professionnels. Il convient d'adopter des dispositions relatives à la sécurité et l'hygiène au travail couvrant des personnes travaillant pour leur propre compte, un système du contrôle du respect de ces dispositions efficace devrait fonctionner. Les dispositions présentées dans le rapport précédent concernant la sécurité des machines ainsi que les dispositions appliquées en cas des personnes travaillant pour leur propre compte sur le site où le travail est effectué par d'autres personnes sont insuffisantes.

Le Code du travail, conformément à l'article 1^{er}, définit les droits et les obligations des parties de la relation de travail, soit employeurs et salariés. Est considérée comme salarié une personne employée en vertu d'un contrat de travail, d'un engagement, d'élection, nomination ou contrat de travail dans une coopérative (article 2 du Kp).

Jusqu'en juillet 2007 seul l'article 304³ du Kp définissait les obligations en ce qui concerne la sécurité et l'hygiène au travail des personnes exerçant une activité économique pour leur

propre compte. Selon cet article, l'article 208 §1 du Kp était d'application à ces personnes, cet article prévoyant qu'une personne exerçant une activité économique pour son propre compte, travaillant sur le même site que les personnes employées par d'autres employeurs, était tenue de coopérer avec les employeurs pour que la sécurité et l'hygiène au travail soit assurée. Elle était tenue de respecter les consignes du coordinateur surveillant la sécurité et l'hygiène au travail de tous les travailleurs employés sur le même site. Elle était également tenue de respecter les principes de coopération établis, y compris les procédures à suivre en cas de réalisation des risques pour la santé ou la vie des travailleurs.

En plus, une personne exerçant une activité économique pour son propre compte sur le site où sont employés des travailleurs, devrait exercer le travail de manière à ne pas dépasser les standards hygiéniques applicables au milieu du travail, définies par le règlement du Ministre du travail et de la politique sociale du 29 novembre 2002 relatif à la concentration et l'intensité maximales admissibles des agents nocifs pour la santé sur le lieu du travail et utiliser les machines et appareils techniques sûrs.

Le 1er juillet 2007 la loi du 13 avril 2007 relative à l'Inspection nationale du travail est entrée en vigueur ; cette loi a modifié les articles 304 et 304¹ du Kp. Les obligations en ce qui concerne la sécurité et l'hygiène au travail applicables en cas de personnes qui travaillent pour un tiers mais ayant la qualité de personne exerçant une activité économique pour leur propre compte ont été définies plus largement.

Conformément à l'article 304 §1 du Kp l'employeur est tenu d'assurer les conditions du travail sûres et hygiéniques dont il est question à l'article 207 §2 (les obligations principales de l'employeur), en appliquant de manière appropriée des résultats du progrès scientifique et technique, aux personnes exerçant le travail sur une base autre que la relation de travail, dans l'entreprise ou sur le site désigné par l'employeur et aux personnes exerçant une activité économique pour leur propre compte dans l'entreprise ou sur le site désigné par l'employeur. Selon l'article 304 §3 les obligations définies par l'article 207 §2 s'appliquent respectivement aux entrepreneurs qui ne sont pas employeurs mais qui organisent le travail exercé par des personnes physiques sur une base autre que la relation de travail ou par les personnes exerçant une activité économique pour leur propre compte.

Entre autres, l'employeur est tenu de :

- organiser le travail de façon à assurer les conditions du travail sûres et hygiéniques,
- assurer le respect, dans l'entreprise, des dispositions et principes de la sécurité et l'hygiène du travail, donner des ordres de supprimer les manquements dans ce domaine et contrôler l'exécution de ces ordres.

L'employeur est également tenu de faire recours aux moyens nécessaires à la protection de la vie et de la santé des personnes qui ne prennent part dans le processus du travail si les travaux sont exercés sur le site auquel ces personnes peuvent accéder (article 304 §4).

En plus, l'employeur est tenu d'assurer les conditions sûres et hygiéniques de formation suivie dans l'entreprise par des étudiants et stagiaires qui ne sont pas ses employés (article 304 §2).

Conformément à l'article 304² du Kp sont respectivement applicables aux membres des coopératives agricoles et aux membres de leurs familles travaillant avec eux ainsi qu'aux membres des cercles agricoles (cercles de services agricoles): l'article 208 §1 (coopération des fournisseurs), l'article 213 § 2 (bâtiments), l'article 217 §2 (machines et appareils techniques), l'article 218 (outils de travail), l'article 220 §1 (matériaux et des processus technologiques) ainsi que l'article 221 §1-3 (substances et préparations chimiques).

Selon l'article 304⁴ du Kp, l'employeur est tenu d'assigner les vêtements de travail nécessaires ainsi que les équipements de protection individuelle aux personnes exerçant les travaux de courte durée ou des missions d'inspection lors desquels leur propre vêtement peut

être détruit ou sali et aussi dans le souci de la sécurité de l'exécution des travaux ou activités de ce type.

Conformément à l'article 304¹ du Kp, les obligations dont il est question à l'article 211 Kp, dont l'étendue est définie par l'employeur ou un autre opérateur organisant le travail, incombent également aux personnes exerçant le travail sur une base autre que la relation de travail et aux personnes exerçant une activité économique pour leur propre compte dans l'entreprise ou sur le site désigné par l'employeur ou un autre opérateur organisant le travail. Selon ces dispositions, le respect des dispositions et des principes de sécurité et de l'hygiène au travail est le devoir principal de l'employé. En particulier, l'employé est tenu de :

- connaître les dispositions et les principes de la sécurité et de l'hygiène au travail, prendre part à la formation et aux cours dans ce domaine ainsi que passer des examens requis,
- exercer le travail en conformité avec les dispositions et principes de la sécurité et l'hygiène au travail ainsi qu'obéir aux ordres et instructions des supérieurs,
- prendre soin de l'état des machines, des outils et de l'équipement ainsi que de l'ordre dans l'entreprise,
- utiliser les équipements de protection collective, utiliser les équipements de protection individuelle ainsi que les vêtements et les chaussures de travail conformément à leur destination,
- se soumettre à des tests médicaux à l'embauche, périodiques et de contrôle ainsi qu'à d'autres examens médicaux recommandés et se conformer aux conseils médicaux,
- informer, sans tarder, le supérieur de l'accident du travail dans l'entreprise ou du risque mortel ou pour la santé, avertir des collègues ainsi que d'autres personnes se trouvant dans la zone du danger,
- coopérer avec l'employeur et les supérieurs sur la mise en oeuvre des obligations relatives à la sécurité et l'hygiène au travail.

La loi du 11 janvier 2001 relative aux substances et préparations chimiques définit les conditions, les interdictions et les limitations de la production, de la mise sur le marché ou de l'application des substances et des préparations chimiques afin d'assurer la protection contre les effets nocifs de ces substances et préparations sur la santé des hommes ou l'environnement. La protection de la santé de la personne exerçant une activité économique pour son propre compte contre les effets nocifs des substances et préparations chimiques est garantie. Lorsque cette personne utilise les substances dangereuses, des obligations incombent sur elle, y compris de connaître la carte des caractéristiques d'une telle substance. Le droit d'acquérir les machines et autres appareils techniques ainsi que les outils et les équipements de protection individuelle sûrs qui n'entraînent pas de risques pour la santé ou de mort lui est assuré. Ceci résulte de:

- la loi du 12 décembre 2003 relative à la sécurité générale des produits,
- la loi du 30 août 2002 relative au système de l'évaluation de la conformité.

Chaque personne exerçant une activité économique pour son propre compte peut être couverte, sur sa demande, des soins de santé préventifs assurés par les services de la médecine du travail conformément à la loi du 27 juin 1007 relative aux services de la médecine du travail.

La nouvelle loi relative à l'Inspection nationale du travail du 13 avril 2007 prévoit entre autres que la surveillance assurée par la PIP couvre dans une étendue plus large qu'auparavant le travail exercé par les personnes physiques en vertu des contrats de droit civil pour le compte des employeurs ou entrepreneurs qui ne sont pas employeurs ainsi que le travail exercé par les opérateurs indépendants, soit exerçant une activité économique pour leur propre compte. Conformément à l'article 10 paragraphe 2 de cette loi les missions de la PIP englobent actuellement la surveillance et le contrôle des conditions du travail sûres et hygiéniques des personnes exerçant une activité économique pour leur propre compte sur le site désigné par

l'employeur ou l'entrepreneur qui n'est pas employeur pour qui ce travail est exercé. La loi a également introduit de nouvelles solutions visant à renforcer l'efficacité des actions de la PIP. Il s'agit en particulier de la possibilité de délivrer des décisions de suspendre l'exploitation des machines et appareils dans les situations où ceux-ci engendrent un risque de santé ou de mortalité important, bien que les machines ne soient desservies par personne.

ARTICLE 3 ALINEA 2

1/ La mise en application des réglementations en matière de santé et de sécurité. La nature, les raisons et l'étendue des réformes éventuelles.

Le 13 avril 2007 la Diète a approuvé la nouvelle loi relative à l'Inspection nationale du travail qui est entrée en vigueur le 1 juillet 2007. La loi a adapté les formes et l'étendue de la mise en oeuvre des missions de la PIP aux nouveaux besoins dus au développement et à la diversification des formes juridiques et organisationnelles des opérateurs employant des travailleurs. Il était nécessaire d'étendre les compétences de contrôle de la PIP et de les renforcer pour rendre plus efficaces les activités de contrôle et de surveillance ainsi que d'introduire des moyens permettant la réaction résolue aux cas d'atteintes au droit du travail.

La loi impose à la PIP des nouvelles missions en ce qui concerne :

- le contrôle de légalité de l'emploi, autre travail salarié ou l'activité professionnelle et du contrôle du respect de l'obligation:
 - d'informer les offices du travail de powiat de l'embauche d'un chômeur ou de lui avoir confié un autre travail salarié,
 - d'informer les offices du travail de powiat par les chômeurs d'avoir commencé un emploi, un autre travail salarié ou activité professionnelle,
 - de verser les cotisations pour le Fonds du travail,
 - d'inscrire dans le registre des agences de l'emploi d'une activité dont l'exercice est soumis à cet enregistrement,
 - de gérer une agence de l'emploi conformément aux conditions définies par les dispositions relatives à la promotion de l'emploi et des institutions du marché du travail,
- le contrôle de la légalité de l'emploi, autre travail salarié, de l'exercice du travail par les étrangers.

La loi a ajouté au catalogue des infractions contre les droits des personnes exerçant une activité salariée qui figure au Code pénal, l'infraction consistant en manquement d'exécution d'un arrêt du tribunal ordonnant le paiement de la rémunération pour le travail ou d'une autre prestation financière résultant de la relation de travail (article 218 du Kk).

La limite de l'amende pour les employeurs ayant violé les droits des travailleurs a été élevée tant dans le cadre de la procédure d'amende (de 1.000 zł à 2.000 zł, et à 5.000 zł pour un employeur qui a été sanctionné au moins deux fois pour une atteinte contre les droits des travailleurs définie au Kp et qui par suite commet une telle infraction au cours des deux années après la dernière infraction) et devant la cour de la ville – à 30.000 zł.

La loi assure une protection plus étendue des travailleurs qui transmettent aux inspecteurs des informations liées au contrôle. Lorsqu'il est soupçonné que le fait de donner à l'inspecteur l'information puisse engendrer des préjudices ou des charges contre le travailleur ou une autre personne, l'inspecteur du travail peut décider de garder secrètes les données à caractère personnel. La procédure de porter plainte contre une telle décision a également été définie ainsi que la façon dont doit être traitée la documentation de contrôle contenant les données sensibles.

L'inspecteur du travail a désormais droit de donner des décisions administratives:

- ordonnant de suspendre l'exploitation des machines et appareils lorsque cette exploitation engendre un risque immédiat pour la santé ou de mort,

- interdisant d'exercer le travail ou de mener une activité sur les sites où les conditions de travail créent un risque immédiat pour la santé ou de mort,
- ordonnant d'établir, avant une date définie, des circonstances et causes d'un accident, si l'employeur n'a pas satisfait à cette obligation volontairement.

Ainsi une lacune juridique a été éliminée consistant en l'impossible de réagir par l'inspecteur aux risques liés à l'exploitation des machines sans présence de personnel, des fossés non-assurés, des échafaudages lorsque lors du contrôle les travailleurs sont absents sur ces sites.

On a également donné à la PIP la possibilité d'utiliser gratuitement des données :

- du Registre national des contribuables,
- du Registre national officiel des opérateurs de l'économie nationale (REGON),
- de la ZUS (le compte de l'assurée et du celui qui paye des contributions - en ce qui concerne la soumission à l'assurance sociale),
- du Système électronique général de l'enregistrement de la population (PESEL).

La traduction de la loi sur l'Inspection nationale du travail – voir en annexe.

Les programmes d'action à long terme et les plans annuels définissent les orientations et les formes de l'activité de la PIP. Prioritaires sont les secteurs de l'économie, les types de l'activité et les entreprises où on constate le taux élevé de violations du droit de travail ou surviennent des problèmes qui exigent des actions coordonnées au niveau national. Les programmes tiennent compte de :

- remarques et recommandations formulées par le Conseil de la protection du travail, la Commission pour le contrôle national et la Commission de la politique sociale et de la famille de la Diète,
- requêtes et informations contenues dans " L'évaluation de la situation dans le domaine de la sécurité et de l'hygiène au travail " établie chaque année par le Ministre du travail et de la politique sociale,
- standards à appliquer par les inspections du travail dans les états membres de l'Union européenne et plans du Comité des hauts responsables de l'inspection du travail, de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail de Bilbao et de l'Organisation internationale du travail.

Entre 2004 et 2007, la PIP a effectué chaque année de 40 à 50 contrôles thématiques dans les entreprises de différents secteurs. Les résultats des contrôles indiquent que le plus grand nombre d'irrégularités concernant la sécurité et l'hygiène au travail est noté quand il s'agit de préparer les travailleurs au travail (faute de formation sur la sécurité et l'hygiène au travail, examens médicaux, qualifications exigées pour exercer la profession/le travail donné), appareils et installations énergétiques, processus technologiques, machines et appareils techniques, bâtiments et locaux du travail. Les contrôles ont démontré de nombreuses irrégularités en ce qui concerne le stockage et le dépôt, l'infrastructure hygiénique et sanitaire, la ventilation, le chauffage et l'éclairage ainsi que les agents nocifs et onéreux.

Les activités de contrôle intensives, orientées vers l'élimination (limitation) des risques, comprenaient chaque année la thématique de la sécurité de travail sur les chantiers, dans les établissements miniers et chez les opérateurs économiques rendant les services pour le compte de ces établissements ainsi que dans les exploitations agricoles. Le nombre d'atteintes aux dispositions de la sécurité et l'hygiène au travail constatées sur les chantiers était toujours élevé, en particulier en ce qui concerne les travaux en hauteur. Les résultats des contrôles dans les établissements miniers indiquent que le plus grand nombre d'irrégularités est lié à l'état des machines et appareils techniques, y compris de transport. Dans les exploitations agricoles on constate le plus souvent l'état technique inapproprié des bâtiments de ferme et des locaux de travail, en particulier les toits, murs et planchers, baies et protecteurs des ouvertures de sortie et d'entrée des greniers et soupentes. Un nombre important d'exploitations utilisaient

des machines et appareils en mauvais état technique. On constatait également une exploitation inappropriée des machines et installations électriques.

Les tâches prioritaires pour la protection du travail sont réalisées par la PIP dans le cadre du programme des contrôles à long terme. En 2004, 92 entreprises de différents secteurs où le risque professionnel est le plus important (limites pour des agents nocifs fortement dépassées, un nombre important de maladies professionnelles, taux d'accidents élevé) ont été couvertes par le programme de surveillance intensifiée (en opération jusqu'en 2006) qui consiste en l'intensification des actions de contrôle et de surveillance (au moins deux contrôles par an). Au cours des trois ans de l'activité de contrôle et de surveillance, 58 entreprises ont enregistré une amélioration des conditions du travail, quatre ont supprimé l'activité. Depuis 2007, 30 entreprises sont couvertes par le programme de surveillance intensifiée (jusqu'en 2009) à cause du niveau insuffisant de la sécurité et de la protection de santé des travailleurs.

Le 1er janvier 2006 a écoulé le terme pour l'adaptation des machines et appareils utilisées dans les entreprises aux exigences minimales. Par conséquent, en 2006 on a effectué des contrôles du respect des exigences minimales pour les machines utilisées dans les usines aux activités variés. Le plus souvent on constatait faute d'installation des protecteurs appropriés ou faute d'adaptation des protecteurs installés aux exigences concernant la distance de sécurité ou de couplage des protecteurs mobiles avec le système de commande. Les employeurs qui ont entrepris des actions d'adaptation, se sont souvent limités à évaluer les machines et à supprimer les irrégularités "les moins onéreuses" (le plus souvent le marquage de l'interrupteur général d'électricité de façon permettant son identification facile ou bien le marquage des fonctions des éléments de la commande). En 2007, les contrôles des machines et appareils utilisés dans les entreprises ont fait élément du programme d'activités à long terme (triennuel). Selon le programme, chaque année sont effectués des contrôles du respect des exigences minimales relatives à la sécurité et l'hygiène au travail en ce qui concerne l'utilisation d'un type précis de machines et appareils par les travailleurs. En 2007, les contrôles ont concerné les entreprises utilisant l'équipement pour le travail temporaire en hauteur.

Les unités organisationnelles du département de l'hygiène de radiation de la PIS surveillent le milieu du travail où le travailleur est exposé au rayonnement ionisant : appareils de radiographie utilisés à des fins de diagnose médicale, radiologie d'intervention, radiothérapie superficielle et radiothérapie des pathologies non-cancéreuses, conformément à l'article 5 alinéa 4 de la loi du 29 novembre 2000 Droit atomique. Conformément à l'article 63 de la même loi, les unités de la PIS surveillent et contrôlent le respect des principes de la sécurité nucléaire et de la protection radiologique dans le cadre de l'activité des opérateurs pour laquelle elles donnent l'autorisation. En 2007, ont été couverts par la surveillance 8.904 opérateurs menant des activités impliquant l'utilisation du rayonnement ionisant (ces opérateurs employaient 32.000 personnes). 2.845 contrôles ont été effectués, le contrôle des doses individuelles a couvert 23.711 personnes. Dans le cas de la plupart des personnes l'exposition aux rayons X se situait au dessous de 1 mSv (limite pour la population générale), la dose reçue par les travailleurs était inférieure à la dose provenant du fond diffus cosmologique.

Le département de l'hygiène du travail de la PIS surveillent des conditions de travail suivant les objectifs de la loi du 14 mars 1985 relative à l'Inspection sanitaire nationale, du Code du travail ainsi que de la loi du 11 janvier relative aux substances et produits chimiques, de la loi du 13 septembre 2002 relative aux produits biocides, de la loi du 29 juillet 2005 relative à la prévention de la toxicomanie, de la loi du 19 juin 1997 sur l'interdiction de l'usage des produits contenant de l'amiante.

En 2007, le département de l'hygiène de travail de la PIS a surveillé 110.650 entreprises, en 2006 – 108.491 entreprises, en 2005 – 109.179 entreprises qui employaient, en 2007,

4.357.862 travailleurs, en 2006 – 4.220.483 travailleurs et en 2005 – 4.77.024 travailleurs respectivement.

Les contrôles ont concerné :

- en 2007 – 42,1% des opérateurs économiques, avec 46.558 contrôles effectués,
- en 2006 – 42,8% des opérateurs économiques, avec 46.430 contrôles effectués,
- en 2005 – 42,9% des opérateurs économiques, avec 43.335 contrôles effectués.

Suite aux irrégularités constatées, on a délivré :

- en 2007 – 21.724 décisions contenant des ordres relatifs:
 - aux tests et mesures des agents nocifs pour la santé – 10.406 ordres,
 - à l'évaluation du risque professionnel – 5.898 ordres,
 - au dépassement des concentrations et intensités maximales limites des agents nocifs pour la santé – 2.538 ordres,
 - aux substances, préparations, agents ou processus technologiques carcero-gènes ou mutagènes dans le milieu du travail – 1.173 ordres,
- en 2006 – 22.155 décisions contenant des ordres relatifs:
 - aux tests et mesures des agents nocifs pour la santé – 10.243 ordres,
 - à l'évaluation du risque professionnel – 449 ordres,
 - au dépassement des concentrations et intensités maximales limites des agents nocifs pour la santé – 2.297 ordres,
 - aux substances, préparations, agents ou processus technologiques carcero-gènes ou mutagènes dans le milieu de travail – 977 ordres,
- en 2005 – 22.116 décisions relatives à la surveillance sanitaire courante.

On a délivré:

- en 2007 – 3 décisions arrêtant une entreprise, 4 décisions arrêtant une unité, 23 décisions arrêtant l'opération d'un poste,
- en 2005 – 2 décisions arrêtant une entreprise, 3 décisions arrêtant une unité, 26 décisions arrêtant l'opération d'un poste.

Taux de manquements constatés dans les entreprises contrôlés

	2005	2006	2007
Total des dépassements des concentrations maximales limites et des intensités maximales limites	27,2%	27,8%	15,6%
Manque de mesures des agents nocifs à jour	13,6%	18,6%	18,0%
Manque du registre des agents nocifs	4,7%	6,5%	7,2%
Manque de l'évaluation du risque professionnel	8,5%	10,5%	11,6%
Manque de tests médicaux à jour	3,1%	3%	0%
Irrégularités en ce qui concerne les substances et les préparations chimiques	13,6%	11,5%	6,5%
Irrégularités en ce qui concerne les produits biocides	1,1%	1,1%	0,7%
Irrégularités en ce qui concerne les agents biologiques	2,0%	6,1%	8,5%
Irrégularités en ce qui concerne les agents carcero-gènes et mutagènes	1,1%	1,8%	0%
Condition sanitaire et hygiène inappropriée des locaux	10,5%	10,6%	10,3%
Irrégularités en ce qui concerne les précurseurs des catégories 2 et 3	0,6%	0%	0%

2/ Des données chiffrées, statistiques (données Eurostat, par exemple) ou toutes autres informations pertinentes sur le nombre d'accidents du travail, y compris les accidents mortels – chiffres absolus et taux d'incidence normalisé pour 100 000 travailleurs; sur le nombre de visites de contrôle de santé et de sécurité effectuées par les services de l'Inspection du travail et la proportion de travailleurs et d'entreprises que couvrent ces visites ; sur le nombre d'infractions aux règlements de santé et de sécurité, ainsi que la nature et le type de sanctions infligées.

Nombre de contrôles effectués par la PIP

2005	69.000
2006	66.000
2007	60.000

La diminution du nombre de contrôles est due à l'augmentation du nombre de contrôles complexes de grandes entreprises.

	Travailleurs d'entreprises couvertes par les contrôles de la PIP par rapport au total de travailleurs	Entreprises couvertes par les contrôles de la PIP par rapport au total d'entreprises
2005	23 %	9,5 %
2006	21,5 %	9 %
2007	28 %	9 %

Maladies professionnelles

Nombre de maladies professionnelles			Nombre de maladies professionnelles pour 100.000 employés		
2005	2006	2007	2005	2006	2007
3.249	3.129	3.285	34,8	32,8	33,5

Victimes d'accidents du travail

			Accidents		
			mortels	graves	légers
Victimes d'accidents	2005	84.402	468	956	82.978
	2006	95.462	493	976	93.993
	2007	99.171	479	1.002	97.690
Taux d'incidence normalisé pour 1.000 travailleurs	2005	7,99	0,044	0,09	7,86
	2006	8,83	0,046	0,09	8,69
	2007	8,92	0,043	0,09	8,79

Victimes d'accidents du travail

	Error! Hyperlink reference not valid.	
Total		84.402
		95.462
Agriculture, chasse, sylviculture	2005	1.642
	2006	1.785
Pêche	2005	45
	2006	55
Mines	2005	2.893
	2006	2.928
Industrie manufacturielle	2005	33.081
	2006	37.841
Production et approvisionnement en électricité, gaz, eau	2005	1.902
	2006	2.102
Bâtiment	2005	6.659
	2006	7.883
Commerce et dépannage	2005	8.515
	2006	9.758
Hôtels et restaurants	2005	905
	2006	997

Transport, stockage et télécommunication	2005	5.782
	2006	6.471
Services financiers	2005	927
	2006	947
Activités immobilières et services aux entreprises	2005	5.142
	2006	5.952
Administration publique et défense nationale, assurances sociales et médicales obligatoires	2005	3.566
	2006	3.608
Éducation	2005	3.727
	2006	4.078
Protection de la santé et assistance sociale	2005	7.514
	2006	8.485
Services communaux, sociaux et individuels, autres	2005	2.102
	2006	2.571

Accidents du travail dans le secteur minier

	2005	2006	2007
Nombre d'accidents mortels	21	49	23
Nombre d'accidents graves	21	23	26
Nombre d'accidents au total	2.910	3.068	3.342
Nombre de maladies professionnelles	532	569	608
Nombre de maladies professionnelles pour 100.000 employés	281,7	309,1	336,6

Taux de maladies professionnelles dans le secteur minier de la houille et du lignite

	2005	2006	2007
Pneumoconioses	382	417	471
Perte d'audition permanente	60	64	47
Syndrome de vibration	30	22	30
Bronchite chronique	Pas de données	3	4
Autres maladies professionnelles	23	34	24
TOTAL	495	540	576

Total – secteur minier

	2005	2006	2007
Pneumoconioses	397	428	489
Perte d'audition permanente	72	77	57
Syndrome de vibration	36	23	31
Bronchite chronique	1	4	5
Autres maladies professionnelles	26	37	26
TOTAL	532	569	608

Conclusion négative

Le nombre d'accidents du travail dans le secteur agricole est trop élevé. De quelle façon a-t-on l'intention de remédier à un tel nombre d'accidents du travail en agriculture (nouvelle législation, intensification des contrôles, plus de formations, autres)? Quelle est l'influence des activités entreprises jusqu'à ici sur le nombre d'accidents (a-t-on enregistré une réduction importante du nombre d'accidents les dernières années – données statistiques pour les cinq dernières années) ?

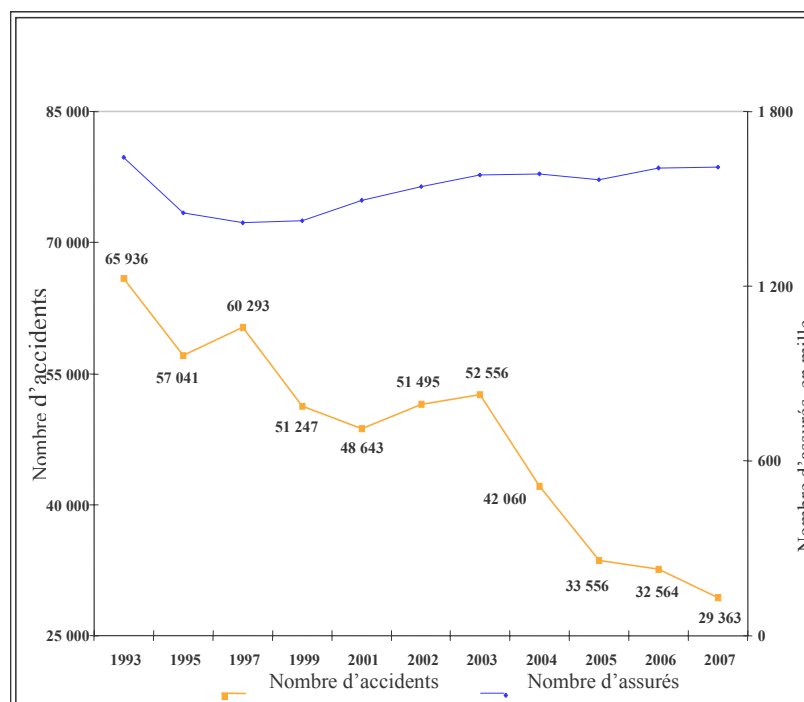
Conformément aux articles 62 et 63 de la loi du 20 décembre 1990 relative à l'assurance sociale des agriculteurs la KRUS mène entre autre des activités visant à prévenir les accidents du travail en agriculture et les maladies professionnelles agricoles.

Entre 2003 et 2007, le nombre d'accidents dans le travail agricole communiqués à la KRUS a fortement diminué, même si le nombre total d'assurés croissait. En particulier, on a enregistré la diminution de 40% du nombre d'accidents rapportés, suivi de paiement d'un dédomagement ainsi que d'accidents mortels. Le taux d'accidents a également fortement diminué. Ce taux est inférieur du taux de victimes en agriculture, sylviculture et chasse, mais toujours plus élevé qu le taux des victimes pour l'économie nationale au total.

Accidents du travail

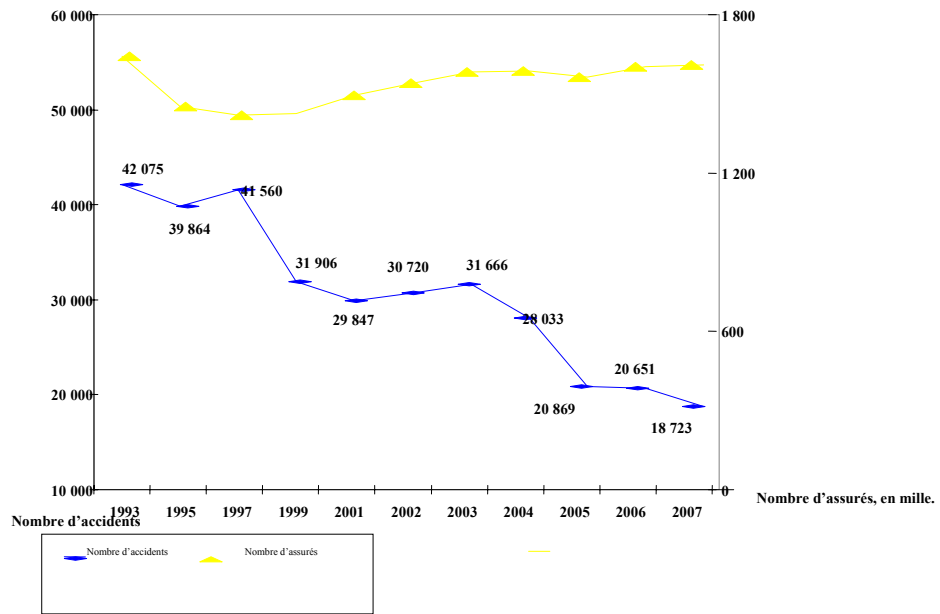
	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre d'assurés dans la KRUS, en mille	1.582	1.585	1.564	1.604	1.609
Nombre d'accidents rapportés	52.556	42.060 ²	33.556	32.564	29.363
Nombre d'accidents suivis du paiement d'un dédommagement	31.666	28.033	20.869	20.651	18.723
Nombre d'accidents mortels	211	173	128	123	94
Nombre d'accidents mortels pour 1.000 assurés	0,13	0,11	0,08	0,08	0,06
Nombre d'accidents dans des exploitations individuelles, pour 1.000 assurés dans la KRUS	20	17,7	13,3	12,9	11,6
Victimes d'accidents en agriculture, sylviculture et chasse pour 1.000 travailleurs	11,35	12,88	12,51	13,53	12,73
Victimes d'accidents du travail pour 1.000 travailleurs (sans exploitations individuelles – données préliminaires)	8,24	8,35	7,99	8,87	8,92

Nombre d'accidents rapportés au KRUS, 1993-2007, en comparaison avec le nombre d'assurés

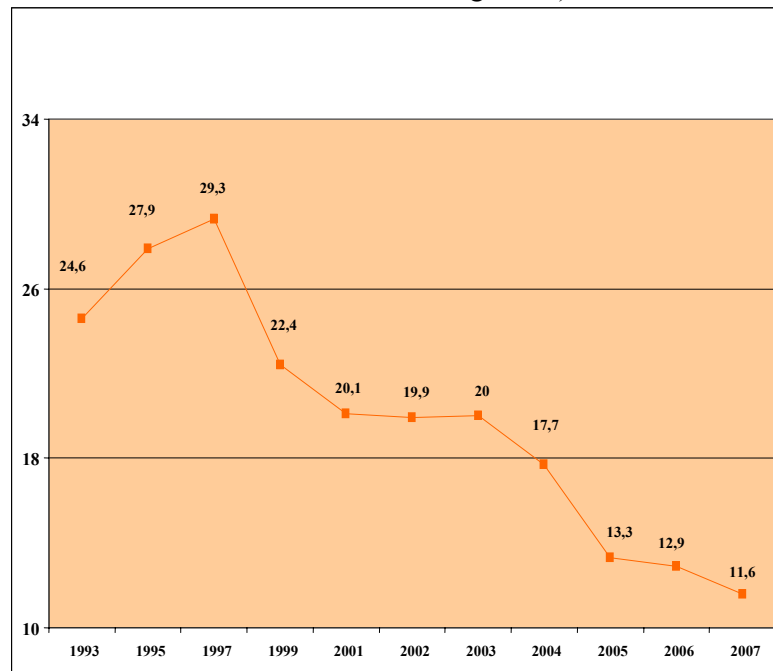


² La diminution importante du nombre d'accidents en 2004 a résulté dans une grande partie de la modification de la loi relative à l'assurance sociale des agriculteurs. Par conséquent, le nombre de personnes ayant droit au dédommagement a diminué.

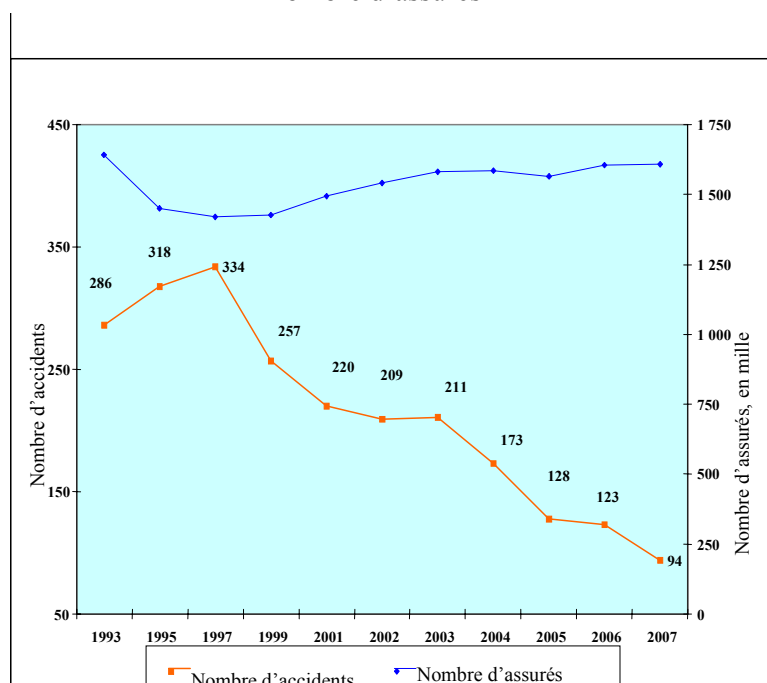
Nombre d'accidents dans l'agriculture agricole donnant droit à un dédomagement, 1997 – 2003, en comparaison avec le nombre d'assurés



Nombre d'accidents par 1.000 assurés par la KRUS entre 1997 et 2003 (selon les décisions donnant droit à un dédomagement)



Nombre d'accidents mortels lors du travail agricole entre 1997 et 2003 en comparaison avec le nombre d'assurés



Un trait caractéristique de l'agriculture polonaise est la prédominance du nombre d'agriculteurs individuels sur le nombre d'entreprises agricoles employant des travailleurs. La structure des accidents du travail reflète cette structure. Selon l'analyse du taux d'incidence pour les dernières années, le nombre d'agriculteurs individuels sinistrés diminue systématiquement, le taux d'incidence dans les entreprises agricoles demeurant au même niveau. Ces entreprises sont couvertes par les contrôles de la PIP. En 2007, 405 exploitations agricoles employant plus de 7.300 travailleurs ont été contrôlées. L'amélioration de la sécurité au travail a été constatée, en particulier l'état des installations et des appareils électriques ainsi que des questions relatives à la préparation des travailleurs au travail.

La KRUS mène des activités visant à prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles dans toutes les exploitations agricoles (prévention). Ils comprennent :

- l'analyse des causes de ces accidents et maladies,
- les formations et stages gratuits pour les assurés en ce qui concerne les principes de la protection de la vie et de la santé dans une exploitation agricole et le comportement lors d'un accident du travail pendant les travaux agricoles,
- la propagation du savoir sur les risques liés au travail en agriculture et des maladies professionnelles agricoles, la connaissance des principes de la protection de la vie et de la santé dans une exploitation agricole et des principes du comportement pendant un accident,
- la propagation de la production et distribution des substances utilisées en agriculture sûres ainsi que des équipements et des vêtements de protection pour les agriculteurs.

Le président de la KRUS, en accord avec le Conseil de l'assurance sociale des agriculteurs, le ministre compétent pour la sécurité sociale, le ministre compétent pour le développement rural et le ministre compétent pour la santé définit les principes de la protection de la santé et de la vie dans une exploitation agricole. Ces principes revêtissent la forme de recommandations relatives aux équipements de l'exploitation, à la garantie des conditions

sûres de travail et à des procédures selon lesquelles les travaux agricoles devraient être exécutés.

Les formes de prévention les plus courantes sont les formations et instructions en ce qui concerne la sécurité et l'hygiène au travail dans une exploitation agricole (destinés aux agriculteurs et membres de leurs familles, maires, élèves des écoles agricoles, autres personnes vivant ou travaillant au milieu rural) ainsi que rencontres et conférences sur les risques du travail et de jeu des enfants dans une exploitation agricole (pour les enfants et les jeunes, y compris élèves des écoles primaires et collèges ruraux).

Activités de prévention de la KRUS

	2003	2004	2005	2006	2007
Formation des agriculteurs	1.937	2.212	2.015	2.199	2.022
Nombre de participants	41.836	55.552	46.920	51.310	48.477
Formations pour les élèves d'écoles agricoles	227	228	215	236	216
Nombre de participants	8.338	9.159	8.458	8.955	8.026
Formations pour les élèves des collèges et des écoles primaires	824	929	1.165	1.124	1.301
Nombre d'enfants participant	45.050	49.450	63.660	57.960	64.764
Concours pour les agriculteurs	376	387	451	489	505
Concours et compétitions pour les jeunes et les enfants	650	673	760	726	855
Points d'information pendant les manifestations agricoles	288	280	279	316	361
Démonstrations pratiques	157	144	327	509	485

Les inspecteurs de la PIP s'engagent dans les activités d'information et de conseil ainsi que d'éducation et de promotion adressées aux agriculteurs individuels ainsi qu'aux enfants et jeunes. Cette activité a abouti en 2007 en visites dans les 9.700 exploitations et sites de travaux dans les champs. L'accent a été mis sur les activités d'éducation et de promotion adressées aux agriculteurs et leurs familles en ce qui concerne le travail sans risque et la vie à la campagne (activités d'éducation sous forme de formations, de colloques, de conférences et de concours avec comme thème la sécurité et de l'hygiène au travail ainsi que des concours en arts plastiques qui ont réuni plus de 100.000 enfants et jeunes).

Les travaux visant à introduire le principe de l'écoconditionnalité (en anglais *cross-compliance*) sont en cours. Il s'agit des exigences que les exploitations agricoles seront tenues de satisfaire dans le domaine de la protection de l'environnement contre la pollution due à leur activité, à la production des produits agricoles, au bien-être des animaux, à l'usage du sol de façon qui ne détériore pas son qualité. Ces exigences englobent également la sécurité et l'hygiène au travail dans une exploitation agricole. La mise en oeuvre du principe vise à élargir le système de contrôle et des sanctions à l'encontre des agriculteurs afin de satisfaire aux attentes de la société en ce qui concerne la façon de produire la nourriture, la préservation de la diversité biologique et de maintenir les valeurs du paysage. Les missions dans le domaine de contrôle seront mises en oeuvre par l'agence versant aux agriculteurs les paiements directs, les sanctions consisteront en une réduction du montant de ces paiements.

L'application du principe de l'écoconditionnalité sera obligatoire à partir de 2013, à partir de 2009 certains éléments de l'écoconditionnalité seront progressivement introduits. Actuellement, les formations pour les services de conseil sont en cours; elles visent à préparer 1.500.000 de producteurs agricoles à la mise en oeuvre du principe. Les formations pour les agriculteurs qui commenceront bientôt (financées des fonds communautaires), contiendront toujours des éléments portant sur la sécurité et l'hygiène au travail. Le Ministère de l'agriculture et du développement rural prépare actuellement les matériaux pour les formations. Le Programme du Développement Rural pour les années 2007-2013 permet aux agriculteurs de bénéficier du conseil agricole en ce qui concerne l'adaptation de l'exploitation agricole aux exigences de l'écoconditionnalité et aux standards de la sécurité et l'hygiène au travail.

ARTICLE 3 ALINEA 3

1/ Prière de décrire comment s'opère la consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs sur les mesures visant à améliorer la sécurité et la santé industrielle. Prière d'en spécifier la nature, les raisons et l'étendue de toute réforme.

Lors de période couverte par le rapport il n'y a pas eu de modifications par rapport à ce qui a été présenté dans le rapport précédent.

Informations supplémentaires :

Selon l'article 237^{11a} §1 du Kp l'employeur est tenu de consulter avec les travailleurs ou leurs représentants toutes les actions liées à la sécurité et l'hygiène au travail. Les travailleurs ou leurs représentants ont le droit, par exemple, d'exprimer leur opinion quant à la question de savoir si l'évaluation du risque professionnel pour tous les postes est suffisante et si l'employeur a pris toutes les mesures nécessaires afin d'éliminer le risque. L'intention de réduire l'effectif du service de la sécurité et l'hygiène au travail est également soumise aux consultations. C'est seulement après avoir consulté les travailleurs ou leur représentants, que l'employeur peut définir les types des équipements de protection individuelle ainsi que des vêtements et les chaussures de protection dont l'application sur certains postes est obligatoire à la lumière des articles 37⁶ §1 et 237⁷ §1 du Kp ainsi que les périodes prévues de l'exploitation des vêtements et des chaussures de protection. Dans le cadre des consultations les travailleurs ou leurs représentants doivent exprimer leur opinion quant à l'étendue et la qualité des programmes de formation ainsi que la qualité de la formation en cours. Les consultations peuvent avoir lieu dans le cadre du comité pour la sécurité et l'hygiène au travail qui à partir du 1 janvier 2004 sont formés par les employeurs employant plus de 250 travailleurs.

L'article 237^{11a} §6 du Kp garantit que les travailleurs ou leur représentants ne peuvent pas subir de conséquences négatives de leur activité. Cela s'applique également aux travailleurs ou leurs représentants qui participent aux travaux du comité pour la sécurité et l'hygiène au travail.

Suite à une requête motivée des travailleurs ou de leurs représentants relative au risque pour la santé et la vie des travailleurs, les inspecteurs de la PIP effectuent des contrôles et appliquent des mesures juridiques prévues par la loi sur l'Inspection nationale du travail.

Les organisations représentatives des travailleurs ou des employeurs participent au processus de consultation des propositions de textes juridiques à portée générale:

- 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.

2/ Prière d'indiquer les mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre la consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs.

et

3/ Prière de fournir des données chiffrées, statistiques ou toutes autres informations pertinentes, si possible.

Lors de période couverte par le rapport il n'y a pas eu de modifications par rapport à ce qui a été présenté dans le rapport précédent.

Durant la période décembre 2006 - décembre 2007 et sur la base du Programme de la réforme des réglementations le Ministère de l'économie a proposé un cycle de formations sur l'application de l'outil d'évaluation des réglementations et des principes des consultations sociales. Les formations ont été destinées aux agents de l'administration gouvernementale participant au processus législatif et les employés des départements d'analyses qui participent à l'élaboration d'analyses des coûts et des avantages des dispositions en cours de préparation. Les formations ont réuni près de 600 personnes de plusieurs ministères.

En 2007 le Ministère de l'économie a effectué une analyse auprès des entrepreneurs, des représentants des syndicats, des fonctionnaires d'Etat et des membres de la Diète sur les problèmes liés à la consultation des textes juridiques en cours de préparation. Parmi les problèmes le plus graves était la présentation à la consultation des projets tout faits au lieu de leurs principes. Les partenaires sociaux étaient également d'avis qu'ils n'étaient pas suffisamment informés sur les résultats des consultations effectuées, par conséquent ils ne se disaient pas avoir l'influence sur la forme finale du document. Il a été également postulé de prolonger le temps prévu pour l'analyse et la communication des remarques et d'élargir le groupe de participants à la consultation. Afin d'élaborer le modèle optimal pour éviter le problème d'irrégularités lors des consultations, le Ministère de l'économie a préparé le document "L'évaluation des résultats des réglementations relatives à la consultation des parties intéressées lors du processus de la rédaction des textes juridiques et des documents stratégiques – comment opérer des consultations en Pologne?". Les experts du ministère ont analysé plusieurs options, y compris la préparation des lignes directrices pour la consultation et la préparation de la loi sur les consultations. L'évaluation a été transmise aux ministères et aux partenaires sociaux. Par conséquent, la décision sur la préparation des lignes directrices a été prise, la proposition a été présentée pour les consultations interministérielles et publiques à la fin du juillet 2008. Il est attendu que la popularisation des lignes directrices contribuera à faciliter le processus de consultation sur tous les textes juridiques, y compris ceux relatifs à la sécurité et l'hygiène au travail.

ARTICLE 11 – DROIT A LA PROTECTION DE LA SANTE

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties contractantes s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment :

1. à éliminer, dans la mesure du possible, les causes d'une santé déficiente ;
2. à prévoir des services de consultation et d'éducation pour ce qui concerne l'amélioration de la santé et le développement du sens de la responsabilité individuelle en matière de santé ;
3. à prévenir, dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres.

RAPPORT POUR LA PERIODE ALLANT DU 1 JANVIER 2003 AU 31 DECEMBRE 2007

ARTICLE 11 ALINEA 1

1/ 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 prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre la politique de santé publique et le cadre juridique.

Les obligations des autorités publiques en ce qui concerne les soins de santé ont été définies par la loi du 27 août 2004 relative aux soins de santé financés des fonds publics. Ces missions comprennent l'instauration création des conditions pour le fonctionnement du système de la protection de la santé, l'analyse et l'évaluation des besoins médicaux et des facteurs contribuant à leur évolution, la promotion de la santé et la prévention en vue d'instaurer des conditions propices à la santé, le financement selon le mode et les principes définis par la loi relative aux soins de santé. Selon l'article 15 de la loi, les patients ont le droit aux soins de santé qui visent à protéger la santé, prévenir les maladies et les lésions, à la détection précoce des maladies, le traitement, les soins et la prévention du handicap et son atténuation.

La Stratégie du développement de la protection de la santé a été adoptée par le Conseil des Ministres en 2005. Elle fait partie du programme complexe de la modernisation et du développement de la Pologne conforme aux priorités de la Stratégie de Lisbonne de l'UE. La Stratégie du développement de la protection de la santé a été élaborée compte tenu des pronostiques concernant la situation démographique et épidémiologique jusqu'en 2020.

L'amélioration de la santé de la population polonaise sera atteinte grâce à la définition appropriée, au niveau général, de la proportion entre les besoins dans le cadre de la promotion de la santé, la prévention et l'éducation pour la santé et le traitement des pathologies et si nécessaire, la réadaptation. En revanche, l'objectif de la Stratégie est de faire considérer la politique de santé et les dépenses pour la protection de la santé en tant qu'un investissement rentable (facteur-clé pour la croissance économique du pays et l'amélioration de la vie des individus et de la société en général).

L'amélioration de la santé de la société polonaise sera assurée par la mise en oeuvre des quatre objectifs stratégiques et seize objectifs opérationnels:

1. Le développement de la sécurité de santé de la société :
 - le développement du système du secours médical,
 - la prévention des effets négatifs pour la santé suite à l'exposition aux agents nocifs physiques, chimiques et biologiques présents dans l'environnement,
 - la prévention des risques pour la sécurité alimentaire par l'introduction des indicateurs biologiques de l'évaluation du risque compte tenu du suivi des pollutions chimiques,
 - la prévention des effets négatifs pour la santé de l'exposition aux agents nocifs qui se trouvent dans l'eau destinée à la consommation.

2. Amélioration du fonctionnement du système de protection de la santé :
 - la maximisation des retombées positives pour la santé par l’augmentation de l’efficacité et de la qualité des soins,
 - la réduction des déficits d’information sur la politique de santé,
 - la mise en place d’éléments de rationalisation de la demande de soins de santé,
 - l’optimisation de l’utilisation et des coûts des produits médicaux,
 - les investissements dans l’infrastructure de protection de la santé.
3. Adaptation de la protection de la santé à la dynamique des tendances démographiques à long terme :
 - l’amélioration de l’état de la santé des femmes en âge de procréer et des nouveau-nés et des nourrissons,
 - l’amélioration de l’état de la santé des enfants et des adolescents,
 - la fourniture des soins appropriés aux travailleurs,
 - la fourniture des soins appropriés aux personnes âgées et le maintien de leur capacités psychophysiques et de leurs rôles sociales.
4. Amélioration de l’état de santé de la société de manière à réduire l’écart entre l’état de la santé de la société polonaise et celui des sociétés des autres états membres de l’UE.
 - l’implémentation du Programme national pour la santé 2007-2015 mis à jour,
 - la participation renforcée de la société dans des actions permettant la réalisation des objectifs du NPZ 2007-2015,
 - la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies chroniques non-contageuses.

Vu l’évolution de la situation, un Groupe pour la mise à jour de la Stratégie de développement de la protection de la santé a été créé en 2007. Ses missions étaient les suivantes :

- l’examen des documents stratégiques adoptés pour le secteur de la protection de la santé,
- l’adaptation de la Stratégie à la « Stratégie de développement national 2007-2015 »,
- la mise à jour de la Stratégie, entre autres sur la base des résultats de l’examen des documents mentionnés.

Le projet de la Stratégie de développement de la protection de la santé en Pologne 2007-2015 a été présenté pour l’acceptation au Ministre du Développement Régional.

Le Programme national pour la santé 2007-2015 adopté en 2007 est un autre document stratégique relatif à la protection de la santé qui détermine les directions de la politique nationale de santé en Pologne. Le NPZ fait partie intégrale de la Stratégie de développement de la protection de la santé dans sa partie « santé publique ».

L’objectif principal du NPZ est l’amélioration de la santé et de la qualité de la vie de la population ainsi que la réduction des inégalités dans l’accès aux soins de santé. Il sera réalisé par :

- la promotion du mode de vie saine,
- la création du milieu de vie, du milieu de travail et du milieu scolaire sains,
- la promotion de la prise des mesures en faveur de la santé par les autorités locales et les organisations non-gouvernementales.

Pour atteindre l’objectif principal on a établi une liste des buts stratégiques et opérationnels.

Les objectifs stratégiques prévus dans le NPZ sont les suivants :

- la réduction de la morbidité et de la mortalité précoce à la suite des maladies cardiovasculaires, y compris les accidents vasculaires cérébraux,
- la réduction de la morbidité et de la mortalité précoce à la suite des néoplasmes malins,
- la réduction de la fréquence des traumatismes dus aux accidents et la limitation de leurs conséquences,

- la prévention des troubles psychiques par le biais de mesures de prévention et de promotion,
- la réduction de la morbidité précoce et limitation de conséquences négatives des maladies chroniques des os et des articulations,
- la réduction de la morbidité et de la mortalité précoce à la suite des maladies chroniques de l'appareil respiratoire,
- l'amélioration de l'efficacité de la prévention des maladies infectieuses et des infections,
- la réduction des différences sociales et territoriales en ce qui concerne l'état de la santé.

Les objectifs opérationnels visant les facteurs de risque et les mesures de promotion de la santé :

- la lutte antitabac,
- la réduction et le changement du modèle de la consommation de l'alcool, limitation des effets négatifs de l'alcool pour l'état de la santé,
- l'amélioration de l'alimentation et de la qualité des aliments et la lutte contre l'obésité,
- la promotion de l'activité physique,
- la lutte contre l'abus des psychotropes et contre leurs effets négatifs pour la santé,
- la réduction de l'exposition aux facteurs nuisibles dans le milieu de vie et de travail ainsi que de leurs effets pour la santé et amélioration de l'état sanitaire du pays.

Objectifs opérationnels visant certains groupes :

- l'amélioration des soins médicaux pour les femmes enceintes, les nouveau-nés et les nourrissons,
- le soutien au développement et à la santé physique, psychosociale et prévention des problèmes de santé et des problèmes sociaux les plus fréquents chez les enfants et adolescents,
- la création de conditions favorables à la vie saine et active des personnes âgées,
- la création de conditions favorables à la vie active des personnes handicapées,
- le renforcement de la prévention de la carie chez les enfants et les adolescents.

Actions des institutions de protection de santé et des autorités locales:

- la promotion de la prise des mesures en faveur de la santé par des autorités locales et des organisations non-gouvernementales,
- l'amélioration de la qualité des prestations : efficacité, sécurité et acceptation par la population, y compris le respect des droits du patient,
- l'amélioration du diagnostic précoce et des soins actifs pour les personnes en risque de maladies cardio-vasculaires, d'accidents vasculaires cérébraux, de néoplasmes, de complications du diabète, de maladies de l'appareil respiratoire et de rhumatisme, en particulier grâce au traitement de base,
- le développement et utilisation optimale du système de santé et des infrastructures locales pour la promotion de la santé et de l'éducation à la santé.

Les objectifs du NPZ sont réalisés par le biais de programmes détaillés :

1. Programme national de lutte contre les néoplasmes 2006-2015

Objectif :

- le ralentissement de la croissance des cancers,
- l'obtention des résultats européens moyens en ce qui concerne le dépistage précoce des néoplasmes,
- l'obtention des résultats européens moyens en ce qui concerne l'efficacité du traitement,
- la création de conditions favorisant la mise en pratique du progrès scientifique sur les causes et le développement des néoplasmes malins,
- la création du système de suivi de l'efficacité de la lutte contre les néoplasmes au niveau national et régional.

Mesures principales :

- le développement de la prophylaxie originaire des néoplasmes, notamment des néoplasmes liés au tabac et à la mauvaise nutrition,
- la mise en oeuvre de programmes de dépistage précoce, notamment du cancer du col utérin et de certains néoplasmes chez les enfants,
- le dépistage précoce du cancer du côlon, augmentation de l'accessibilité des méthodes de diagnose précoce,
- l'implémentation de procédures garantissant la qualité de diagnostic et de traitement des nouveaux-nés,
- le programme de soins aux familles à haut risque héréditaire de néoplasme malin, y compris :
 - module 1 – dépistage précoce des néoplasmes malins dans les familles à haut risque de cancer du côlon et de cancer du sein et de l'ovaire,
 - module 2 – dépistage précoce et prévention des néoplasmes malins dans les familles à haut risque de cancer du côlon et du corps d'utérus,
- le développement du diagnostic moderne (tomographie par émission de positrons – TEP), établissement du centre TEP,
- la standardisation des procédures d'irradiation,
- l'acquisition de nouveaux équipements de radiothérapie et de diagnostic des néoplasmes,
- la création du système de radiothérapie oncologique – équipement et modernisation des centres de radiothérapie,
- l'amélioration de standards de traitement opératif et combiné du cancer du poumon - équipement et modernisation des cliniques et des services de chirurgie thoracique,
- l'amélioration de la qualité de diagnostic et de traitement des néoplasmes chez les enfants, y compris :
 - l'implémentation du programme de contrôle de la qualité du diagnostic de la leucose aiguë chez les enfants,
 - la réduction de l'handicap des enfants avec des néoplasmes malins des os,
 - la modification et l'implémentation du programme unique de diagnostic et de traitement complexe des tumeurs du système nerveux central chez les enfants,
 - l'implémentation du programme de contrôle de la qualité du diagnostic de tumeurs solides chez les enfants,
 - l'implémentation du programme de contrôle de la qualité du diagnostic de lymphome non-hodgkinien agressif chez les enfants,
 - l'implémentation du programme de suivi des conséquences de traitement à long terme et de la qualité de vie des enfants après la terminaison du traitement des néoplasmes.
- L'amélioration du diagnostic de la leucose aiguë chez les adultes, l'adaptation aux recommandations de l'Union européenne et coopération avec „European Leukemia Net”,
- le dépistage et reconnaissance des lymphomes agressifs,
- la propagation de méthodes de traitement combiné,
- le développement et la propagation de méthodes modernes de réadaptation des malades, réduction des conséquences de traitement à long terme,
- le développement et propagation de l'enseignement de l'oncologie dans le cadre de la formation des médecins, des dentistes, des infirmières, des accoucheuses et des représentants des autres professions médicales : mise en oeuvre du programme modifié de l'enseignement de l'oncologie dans les écoles de médecine, du programme de formation des médecins de famille et de médecins de soins médicaux de base - une journée de formation en oncologie au minimum, formation de médecins de famille en diagnostic de néoplasmes et en soins pour les malades après le traitement oncologique,

- le programme de développement du traitement palliatif en oncologie,
- l'amélioration du fonctionnement du système de collection de données sur le stade des néoplasmes,
- le développement des connaissances dans la société sur la prophylaxie, le dépistage précoce et le traitement des néoplasmes.

La réalisation du programme diminuera de 10% la morbidité en 10 ans et augmenter l'efficacité du traitement des néoplasmes jusqu'au niveau connu dans des états de l'Europe Occidentale et du Nord, soit le taux de survie à 5 ans de 40% chez les hommes et de 50% chez les femmes. On doit aussi atteindre le niveau européen en ce qui concerne le dépistage précoce des néoplasmes (y compris par l'implémentation de programmes de dépistage de qualité) et création de conditions favorisant la mise en pratique du progrès scientifique sur les causes et le développement des néoplasmes malins.

2. Programme de dépistage chez les nouveau-nés 2006-2008

Objectif : diminution de la mortalité des nouveau-nés, des nourrissons et des enfants à cause de défauts métaboliques et prévention de l'handicap grave et durable, identification précoce de la maladie. Dans le cadre du programme on réalise des dépistages du hypothyroïdisme, de la phénylcétonurie et de la mucoviscidose chez les nouveau-nés, on procède à l'acquisition de tests diagnostics et de réactifs ainsi que le suivi du programme.

Mesures principales :

- le dépistage du hypothyroïdisme, de la phénylcétonurie et de la mucoviscidose chez les nouveau-nés,
- l'acquisition de tests diagnostics et de réactifs,
- le suivi de la mise en oeuvre du programme.

3. Programme d'autosuffisance de la Pologne en sang visant l'approvisionnement en sang sûr et ses composants et produits dérivés du sang 2005-2008

Objectif : création de conditions favorables à la transfusion du sang et de ses composants et garantie de l'autosuffisance en produits dérivés du sang.

Mesures principales :

- garantir la sécurité du sang et de ses composants,
- l'acquisition de tests de détection des marqueurs de virus transmis par le sang,
- l'acquisition de récipients pour la prise de sang et la préparation du sang,
- l'utilisation de nouvelles technologies pour l'examen de donneurs et la préparation du sang,
- les mesures visant l'autosuffisance de la Pologne en produits dérivés du sang.

Le programme prévoit l'acquisition de tests de détection des marqueurs de virus transmis par le sang et de récipients pour la prise de sang et la préparation du sang. Ce programme a permis aux unités du service de sang public de préparer les composants de sang conformes aux règles de bonnes pratique, sûrs aux patients ainsi que de maintenir les coûts comparables de production du sang et de ses composants par les unités du service de sang publics, soit les mêmes coûts de la hémothérapie dans des établissements de soins médicaux.

Les crédits pour la mise en oeuvre du programme ces dernières années on permis :

- la prise sûre de sang total et de ses trois composants : concentré de globules rouges (CGR), concentré plaquettes standard (CPS) et plasma sanguin,
- le dépistage des marqueurs sérologiques du virus transmis par le sang (HBsAg, Anty HCV, Anty HIV) afin de garantir la sécurité des malades traités par le sang et ses composants issus de donneurs polonais,
- l'augmentation progressive de la donation du sang total,
- l'augmentation de l'approvisionnement des établissements de soins médicaux en préparations de sang,

- l'utilisation de nouvelles technologies pour l'examen de donneurs et la préparation du sang,
- la mise en pratique de méthodes rationalisées de thérapie moderne (traitement par les composants du sang).

La méthodologie des examens utilisant les techniques de biologie moléculaire a été modifiée ce qui a permis de diminuer le nombre d'échantillons de 24 à 6 et l'obligation de contrôles des examens de virus supplémentaires a été introduite à partir du 31 janvier 2006.

4. Programme national de prophylaxie et de traitement des maladies du système cardiovasculaire 2003-2005 (POLKARD), Programme national de prophylaxie et de traitement des maladies du système cardiovasculaire 2006-2008 (POLKARD)

Objectif : diminution des maladies cardiovasculaires et de la mortalité à la suite de ces maladies.

Mesures principales :

- le développement des connaissances dans la société sur les méthodes de prévention et sur la prophylaxie (activité physique, régime alimentaire, lutte contre l'hypercholestérolémie, l'hypertension, le tabagisme, le diabète et le syndrome métabolique) et sur le comportement à adopter lors d'une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral probables, par le biais des médias (continuation du programme Polkard-Media),
- la formation des enfants et des adolescents aux écoles (continuation du programme « Szansa dla Młodego Serca »),
- la réalisation du programme national d'amélioration du dépistage et de l'efficacité du traitement de l'hypertension, du syndrome métabolique, des troubles du métabolisme des lipides et des glucides chez les adultes et les enfants, surtout dans de petites villes et les villages (continuation du programme Program 400 Miast),
- l'acquisition des appareils modernes – changement des appareils usés et l'acquisition des appareils nouveaux afin de développer les services médicaux et d'améliorer leur qualité.

5. Programme national de protection des antibiotiques 2004-2010

Objectif : mise en oeuvre du système limitant la perte d'efficacité des antibiotiques dans le traitement des infections et des maladies contagieuses à la suite du développement de la résistance des microbes aux médicaments.

Mesures principales :

- l'identification précise des quantités des antibiotiques administrées ; sur la base des données collectées, conformément à la décision 2119/98/CE instaurant un réseau de surveillance épidémiologique et de contrôle des maladies transmissibles dans la Communauté et à la directive 70/524/CEE concernant les additifs dans l'alimentation des animaux, en ce qui concerne le retrait de l'autorisation pour certains additifs, des mesures visant l'implémentation du programme pluridisciplinaire de rationalisation et d'optimisation d'administration des antibiotiques,
- la collection et analyse de données, organisation du système de prévention, d'éducation et de promotion en ce qui concerne l'administration des antibiotiques,
- l'élaboration d'une stratégie de lutte contre la résistance des microbes aux médicaments.

6. Programme de soins médicaux psychiatriques 2006-2008

Objectif : garantir la sécurité et les conditions appropriés de séjour dans les établissements psychiatriques et de détoxification de sécurité renforcée et de sécurité maximale.

La nécessité des investissements résulte des règlements du Ministre de la santé :

- du 20 avril 2005 portant les modalités spéciales de direction, d'admission, de transfert, de libération et de séjour des mineurs dans des établissements de soins médicaux,
- du 20 avril 2004 portant la liste des établissements psychiatriques et des établissements de désintoxication réalisant des mesures de sécurité ainsi que la composition, modalités de

désignation des membres et attributions de la commission psychiatrique responsable de mesures de protection.

Mesures principales : adaptation des services de psychiatrie aux conditions de sécurité renforcée pour les auteurs mineurs et majeurs des délits.

7. Programme national de traitement de l'hémophilie 2005-2011

Objectif : amélioration de la qualité de vie des personnes avec hémophiles et autres anomalies sanguines, suite du traitement à la maison de tous les hémophiles A sévères et hémophiles B sévères, prophylaxie primaire du saignement intra-articulaire chez les enfants hémophiles, amélioration des résultats du traitement de l'hémophilie et des autres anomalies sanguines congénitales par le remplacement du facteur de coagulation manquant. Mise en place de la prophylaxie primaire du saignement intra-articulaire chez les enfants résulterait en la diminution du nombre des patients qui ne peuvent pas travailler et partent à la retraite pour cause de l'handicap. Diminution du nombre d'hospitalisations de ces patients, diminution du nombre de kinésithérapies.

Mesures principales :

- l'acquisition de agents de coagulation et garantie de leur large accessibilité,
- le développement de la prophylaxie primaire du saignement intra-articulaire chez les enfants hémophiles,
- l'inclusion de tous les hémophiles avec anticoagulant circulant au programme d'induction de la tolérance immunologique,
- le remplacement des préparations dérivées du plasma par des concentrés combinées au cours de la réalisation du programme et augmentation de crédits financiers pour sa réalisation,
- le remplacement des concentrés de facteurs du complexe prothrombinique par des concentrés de facteurs du complexe prothrombinique activé et rVIIa dans le traitement du saignement chez les hémophiles avec inhibiteurs anti-F VIII/anti-F IX en quantités importantes.

8. Traitement antirétroviral des personnes vivant avec le VIH, dans les années 2003, 2004, 2005-2006 et 2007-2009

Objectif : garantie du traitement antirétroviral, suivi de son efficacité chez les patients vivant avec le VIH et malades du SIDA, diminution de la morbidité et de la mortalité due au SIDA des personnes vivant avec le VIH, diminution du nombre de contaminations par le VIH.

Mesures principales :

- le traitement des personnes vivant avec le VIH et des malades du SIDA qui remplissent les critères médicaux de traitement, dont des femmes enceintes contaminées par le VIH et des nouveau-nés nés de mère séropositive au VIH,
- le traitement après exposition au VIH dans le milieu professionnel et autre, par accident.

Le programme couvre toutes les personnes séropositives au VIH et malades du SIDA, qui remplissent les critères médicaux de traitement, dont des femmes enceintes contaminées par le VIH et des nouveau-nés nés de mère séropositive au VIH. Outre le traitement antirétroviral des personnes vivant avec le VIH et malades du SIDA, le programme couvre le traitement après exposition au VIH dans le milieu professionnel et autres, par accident.

9. Programme de prévention et de traitement du diabète, 2006-2008

Objectif : diminution de complications, augmentation de l'espérance de vie et de la qualité de vie des malades. L'implémentation de mesures de prévention et développement de standards de prophylaxie et de traitement des malades du diabète permettra d'augmenter l'espérance de vie et la qualité de vie ainsi que de prévenir les complications.

Mesures principales :

- l'organisation de formations pour les médecins de soins médicaux de base concernant la diagnose et les soins pour les malades du diabète,

- l'organisation du programme de formation pour les enseignants et les tuteurs des enfants malades du diabète,
- la conception du registre des malades du diabète (adultes) et du registre de l'âge physiologique,
- la création du registre des malades de types divers de diabète,
- l'identification de la présence et du stade des complications tardives du diabète,
- la création du registre des modes de traitement actuels et identification des coûts de traitement pharmacologique.

10. Programme d'Elimination des carences en iode, pour les années 2006-2008.

Objectif : réduction du risque de morbidité causée par les carences en iode, grâce à l'application en Pologne du modèle de prophylaxie iodée et d'adaptation de ses paramètres aux conditions changeantes de l'environnement.

Actions de base :

- l'analyse des quantités de la thyroïdostimuline (TSH) chez les nouveaux-nés,
- l'évaluation de la prophylaxie iodée chez les femmes enceintes, l'évaluation de la fréquence de goitre et du taux de iode chez les femmes enceintes,
- les formations et les actions promotionnelles de population en matière de la prophylaxie iodée,
- le contrôle de l'état d'endémie chez les enfants scolarisés et chez les adultes,
- l'évaluation de la qualité de la iodation du sel de cuisine,
- l'évaluation de la hyperthyroïdie causée par iode et de la morbidité de différents tumeurs du thyroïde et l'analyse de l'efficacité du modèle polonais de prophylaxie iodée.

11. Programme de diagnostic intégral et de traitement intra-utérin en prophylaxie des séquelles et des complications des anomalies fœtales, prévu pour les années 2006-2008

Objectif : mise en place de nouvelles méthodes du traitement intra-utérin, en profitant d'appareils d'examen les plus modernes, création du centre modèle de la chirurgie fœtale, accueillant les femmes enceintes de l'ensemble du territoire du pays.

Mesures principales:

- la réduction des coûts de traitement intra-utérin effectué à l'étranger,
- l'application du diagnostic et du traitement intra-utérin en prophylaxie des séquelles des anomalies et des maladies fœtales,
- la création du modèle unifié et optimal de la procédure de diagnostic en vue de la détection des anomalies fœtales,
- la mise en œuvre des normes du traitement intra-utérin du fœtus,
- la mise en profit de toutes les possibilités du traitement intra-utérin de fœtus, dans le cas choisis de la pathologie de la grossesse,
- la création du centre de la chirurgie fœtale.

Le traitement intra-utérin a été mené jusqu'à présent dans une mesure limitée, à cause de manque de standards de la mise en œuvre des procédures de la thérapie fœtale. Le nombre d'anomalies diagnostiquées qui se laissent traiter par la thérapie intra-utérine engendrait un nombre de cas de plus en plus croissant, qui jusqu'à présent profitaient du traitement à l'étranger.

12. Programme national de développement de la médecine de transplantation, prévu pour la période 2006-2009

Objectifs : en matière d'organes vascularisés et de la moelle –augmentation de nombre de greffes effectuées, élaboration et mise en œuvre de nouveaux modes de traitement dans le domaine, en matière de greffes biostatiques – continuation de la modernisation des banques de tissus et de cellules pour le prélèvement, traitement et conservation des cellules et tissus utilisés pour les greffes (y compris les greffes biostatiques).

Mesures principales:

- en ce qui concerne les cellules et tissus utilisés pour les greffes (greffes biostatiques) :
 - l'achèvement de la modernisation de banques publiques de tissus et de cellules,
 - la mise en oeuvre du système de marquage de cellules, tissus et organes utilisés pour la greffe,
- en ce qui concerne les organes vascularisés et de la moelle :
 - l'augmentation du nombre d'organes prélevés sur les personnes décédées et le développement de la greffe du rein ou d'une partie du foie, des donneurs vivants,
 - l'amélioration de l'équipement nécessaire à la greffe d'organes et de la moelle,
 - le développement de nouvelles méthodes du diagnostic immunologique, indispensables pour effectuer la greffe d'organes,
 - l'éducation de la société.

Une augmentation du nombre de reins greffés permettra d'améliorer considérablement la qualité de la vie des malades, en même temps apportera des économies (traitement de dialyse est une méthode deux fois plus coûteuse). Il est nécessaire d'adapter les unités qui s'occupent du prélèvement et de la conservation de cellules, tissus et organes, à des normes de qualité et de sécurité plus élevées, et de mettre en oeuvre un système élaboré de marquage de cellules, tissus et organes. L'achèvement de la modernisation des banques de tissus et de cellules, permettra aux établissements d'obtenir les autorisations pour poursuivre leur activité.

13. Programme de surveillance de l'état de la cavité buccale de la population polonaise pour la période de 2006-2008

Objectif : évaluation des tendances en matière de la fréquence des caries et des anomalies de l'occlusion dentaire chez les enfants et les adolescents, ainsi que l'analyse des différences à l'échelle nationale de son intensification et des besoins de prophylaxie et de traitement qui y sont liés.

Mesures principales:

- définir le taux d'enfants dans différents groupes d'âge (groupes indicateurs de l'OMS) sans carie et les groupes d'enfants dans différentes régions et milieux d'habitation,
- définir une valeur moyenne du taux de carie des dents de lait, et la structure dans différentes régions et milieux d'habitation,
- définir une valeur moyenne du taux de carie de la dentition définitive, définir le taux de satisfaction des besoins en matière du traitement conservateur de la carie des dents de lait chez les enfants,
- définir le taux d'enfants avec les dents définitives, extraites en raison de la carie, définir la répartition de ces enfants dans différentes régions
- définir la fréquence et l'intensification des anomalies orthodontiques et les besoins de leur traitement chez les enfants scolarisés,
- définir les facteurs sociaux, économiques, d'organisation et de comportement, responsables pour l'état constaté de la santé des enfants à l'âge de 18 ans.

14. Programme de prévention de l'obésité et du surpoids et des maladies chroniques non contagieuses par l'amélioration de l'alimentation et l'activité physique, pour la période 2007-2011

Objectif: réduction, principalement grâce à l'amélioration de l'alimentation et augmentation de l'activité physique, de la fréquence de l'obésité et du surpoids, réduction de la morbidité et de la mortalité causées par les maladies chroniques non contagieuses (maladies vasculaires, tumeurs, diabète type II, hypertension et d'autres), réduction des dépenses pour la protection de santé, liés au traitement des maladies chroniques non contagieuses, notamment de l'obésité et de ses complications, réduction de l'impact économique de l'handicap et de la mortalité précoce.

Mesures principales:

- améliorer l'alimentation et augmenter l'activité physique des enfants et adolescents dans des établissements scolaires,
- mettre en oeuvre les principes de l'alimentation saine et du conseil diététique dans les hôpitaux et dans les établissements de soins de santé spécialisés et de base.
- promouvoir les principes d'une bonne alimentation dans la société et les besoins en matière de l'activité physique.

15. Programme d'amélioration et de développement de la thérapie dialytique, pour la période 2001-2003

L'objectif principal de ce programme était l'amélioration de la qualité de vie des patients dialysés (enfants et personnes adultes), et l'atténuation des différences en matière d'accès à la thérapie dialytique dans différentes régions du pays. Les objectifs ont été réalisés grâce au remplacement du matériel et de l'appareillage médical usés dans les stations de dialyse.

16. Programme national du traitement du déficit de croissance chez les enfants et les adolescents causé par l'hypoactivité de l'hypophyse, le syndrome de Turner et l'insuffisance rénale chronique, par l'application de l'hormone de croissance, programme réalisé à partir de 2005 par le FNS (NFZ).

17. Traitement du syndrome de Hurler, à partir de 2003

L'objectif du programme est l'achat du médicament « Aldurazyme » - médicament spécifique pour la mucopolysaccharidose du type I.

18. Le traitement de la surdité par la méthode d'intervention consistant en la mise en place des implants cochléaires multicanaux et les implants du tronc cérébral, dans les années 2003-2004.

L'objectif du programme consistait à généraliser les diagnostics et les procédures médicales appropriées, y compris chez les enfants le plus jeunes : l'achat les implants cochléaires et les processeurs vocaux, la procédure de diagnostic et de qualification chirurgicale et de réadaptation.

3/ Prière de fournir toutes statistiques ou autres informations pertinentes sur les principaux indicateurs de santé et sur les services et les professionnels de santé (données OMS et/ou Eurostat, par exemple).

Etat de santé des Polonais, 2004

		Sexe			Age				
		Au total	hommes	femmes	0-14 ans	15-29	30-44	45-59	60 ans et plus
		Taux							
Autoévaluation de l'état de santé	très bon et bon	61,0	64,5	58,3	91,1	85,7	71,0	39,2	16,4
	moyen (ni bon ni mauvais)	26,4	24,0	28,2	7,4	11,7	23,7	42,7	46,7
	mauvais et très mauvais	12,1	10,8	13,2	1,5	1,6	4,9	17,7	36,5
	manque de données	0,5	0,7	0,3	0,0	1,0	0,4	0,4	0,5
Des problèmes de santé de longue durée	oui, avec problèmes	36,4	32,8	39,8	16,3	15,4	25,2	52,3	78,8
	non, sans problèmes	63,6	67,2	60,2	83,7	84,5	74,8	47,7	21,1
	manque de données	0,0	0,0	0,0	-	0,0	-	-	0,0
Maladie chronique	malades chroniques	46,0	40,8	50,9	22,5	23,1	37,2	65,3	87,5
	malades non chroniques	54,0	59,2	49,1	77,5	76,9	62,8	34,7	12,5

Espérance de vie

	Hommes	Femmes
2003	70,52	78,90
2004	70,67	79,23
2005	70,81	79,40
2006	70,93	79,62
2007	70,96	79,74

Décès chez les bébés et les mères

	Décès chez les bébés		Décès chez les mères
	Nombre absolu	sur 1000 naissances vivantes	symboles selon ICD X O00-O99
2000	3.068	8,1	30
2003	2.470	7,0	14
2004	2.423	6,8	17
2005	2.340	6,4	11
2006	2.238	6,0	-
2007	2.322	6,0	-

Décès par causes choisies, sur 10 mille personnes

Causes de décès	Codes de la liste de catégories à trois lettres selon X Révision	2000	2003	2004	2005	2006
T O T A L		96,2	95,6	95,2	96,5	96,9
Maladies contagieuses et parasitaires	A00-B99	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Tumeurs malignes	C00-C97	22,1	23,1	23,5	23,7	24,0
dont :						
tumeur maligne de la trachée, bronches, poumon	C33-C34	5,2	5,5	5,6	5,6	5,7
tumeur maligne de la mamelle chez les femmes	C50	2,4	2,5	2,5	2,6	2,7
tumeur maligne du col de l'utérus	C53	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9
Diabète	E10-E14	1,4	1,4	1,3	1,4	1,6
Maladies du système cardiovasculaire	I00-I99	45,9	45,1	44,2	44,1	44,2
dont :						
hypertension artérielle	I10-I13	1,2	1,2	1,3	1,5	1,6
ischémie cardiaque	I20-I25	14,5	13,5	13,0	13,0	13,1
y compris l'infarctus aigu	I21-I22	7,6	6,8	6,5	6,2	6,1
maladies des vaisseaux cérébraux	I60-I69	10,8	10,6	10,4	10,2	10,1
artériosclérose	I70	7,9	8,7	8,3	8,3	7,9
Maladies respiratoires	J00-J98	4,8	4,5	4,4	4,9	4,8
Maladies du système digestif	K00-K92	3,8	3,9	4,1	4,3	4,3
y compris la cirrhose du foie et la fibrose hépatique	K74	1,1	1,0	1,1	1,1	1,1
Etats qui commencent Durant la période après l'accouchement	P00-P96	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3
Anomalies congénitales	Q00-Q99	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3
Symptômes, caractéristiques de maladies et mauvais résultats d'examens de laboratoire et cliniques	R00-R99	6,4	6,2	6,3	6,4	6,2
Causes externes de décès	V01-Y89	6,7	6,5	6,5	6,6	6,6
dont :						
accidents de la route	V01-V99	1,9	1,6	1,7	1,6	1,5
suicides	X60-X84	1,5	1,5	1,6	1,6	1,5
HOMMES		105,4	104,9	105,4	106,6	107,6
dont :						
Maladies contagieuses et parastiaires	A00-B99	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8
Tumeurs malignes	C00-C97	25,9	27,0	27,8	27,7	28,1
dont :						
tumeur maligne de la trachée, bronches, poumon	C33-C34	8,6	8,8	9,0	9,0	9,0
Diabète	E10-E14	1,1	1,2	1,1	1,3	1,4
Maladies cardiovasculaires	I00-I99	45,1	44,0	43,3	42,9	43,2
dont :						
hypertension artérielle	I10-I13	1,0	1,1	1,1	1,3	1,4
ischémie cardiaque	I20-I25	16,7	15,4	14,9	14,6	14,8
y compris l'infarctus aigu	I21-I22	10,1	8,8	8,4	8,0	7,8
maladies de vaisseaux cérébraux	I60-I69	9,6	9,4	9,2	9,0	9,0
artériosclérose	I70	6,1	6,7	6,5	6,4	6,1

Cirrhose du foie	K74	1,6	1,4	1,5	1,6	1,5
Causes externes de décès	V01-Y89	10,3	10,1	10,3	10,4	10,4
dont :						
accidents de la route	V01-V99	2,9	2,6	2,7	2,5	2,3
suicides	X60-X84	2,6	2,7	2,8	2,8	2,7
FEMMES		87,6	87,0	85,7	87,1	96,9
dont :						
maladies contagieuses et parasitaires	A00-B99	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Tumeurs malignes	C00-C97	18,5	19,5	19,5	20,0	20,2
dont :						
tumeur maligne de la trachée, bronches, poumon	C33-C34	2,0	2,4	2,4	2,5	2,6
tumeur maligne de la mamelle chez les femmes	C50	2,4	2,5	2,5	2,6	2,7
tumeur maligne du col de l'utérus	C53	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9
Diabètes	E10-E14	1,6	1,6	1,5	1,6	1,8
Maladies cardiovasculaires	I00-I99	46,5	46,2	45,0	45,2	45,1
dont :						
hypertension artérielle	I10-I13	1,4	1,4	1,5	1,7	1,7
ischémie cardiaque	I20-I25	12,5	11,7	11,3	11,6	11,6
y compris infarctus aigu	I21-I22	5,4	4,8	4,7	4,6	4,4
maladies de vaisseaux cérébraux	I60-I69	12,0	11,7	11,5	11,3	11,1
artériosclérose	I70	9,6	10,5	10,0	10,1	9,6
Cirrhose du foie	K74	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7
Causes externes de décès	V01-Y89	3,4	3,1	3,1	3,1	3,1
dont :						
accidents de la route	V01-V99	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6
suicides	X60-X84	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4

Personnel médical autorisé à exercer le métier

	2003	2004	2005	2006
Médecins	122.429	125.053	126.576	129.391
Dentistes	32.655	33.957	34.379	34.973
Pharmaciens	24.044	23.676	24.499	25.200
Infirmières	265.200	268.818	273.810	275.188
Accoucheuses	32.276	32.504	32.832	33.069
Diagnostiqueurs labo	9932	10318	10708	11245

Personnel médical autorisé à exercer le métier, sur 10 milles personnes

	2003	2004	2005	2006
Médecins	32,1	32,8	33,2	33,9
Dentistes	8,6	8,9	9,0	9,2
Pharmaciens	6,3	6,2	6,4	6,6
Infirmières	69,4	70,4	71,8	72,2
Accoucheuses	8,5	8,5	8,6	8,7
Diagnostiqueurs en laboratoire	2,6	2,7	2,8	2,9

Employés médicaux, état du 31 XII*

*Personnel médical, y compris embauché par le Ministère de la défense nationale, le Ministère de l'intérieur et de l'administration, à partir de 2005, y compris les employés de l'assistance sociale

	Médecins	Dentistes	Pharmaciens	Infirmières	Accoucheuses
2003	95.272	11.094	25.397	188.898	25.397
2004	87.440	14.139	22.345	189.916	22.345
2005	81.600	12.248	22.091	198.029	22.091
2006	83.116	12.564	22.547	194.209	21.059

Hôpitaux généraux

		2003	2004	2005	2006
Nombre d'hôpitaux	Publics	664	643	611	589
	Non publics	103	147	170	153
	Au total	767	790	781	742
Nombre de lits	Publics	181.674	175.631	171.278	167.355
	Non publics	5.780	7.649	8.215	9.318
	Au total	187.454	183.280	179.493	176.673
Taux du nombre de lits sur 10.000 personnes	Au total	49,1	48,0	47,0	46,3
Taux de l'occupation de lits (%)	Au total	74,8	71,8	71,0	70,4
Séjour moyen de malade (nombre de jours)	Au total	7,5	6,9	6,7	6,4
Personnes soignées au cours de l'année	Publics	6.653.252	6.705.060	6.611.526	6.786.289
	Non publics	227.845	295.923	337.347	381.669
	Au total	6.881.097	7.000.983	6.948.873	7.167.958

Questions additionnelles

1/ Quelles sont les causes de l'augmentation de la mortalité causée par les maladies vasculaires et les cancers ? Quelles mesures ont été prises en vue de la réduction de la mortalité causée par ces maladies ?

A partir de 1991 on constate une baisse de la mortalité causée par les maladies cardio-vasculaires, mais le rythme de cette baisse connaît un ralentissement depuis 2000. En 2006, en raison des maladies cardio-vasculaires 369.700 personnes sont décédées (198.300 hommes et 171.400 femmes), ce qui présentait 45,6% de tous les décès (en 2000 - 47,7%). Les maladies du cœur et des vaisseaux constituent également l'une des causes principales de la mortalité précoce. En 2006, en raison des maladies du cœur et des vaisseaux 106.100 personnes sont décédées (76.000 hommes, 30.100 femmes) à l'âge de 25 à 64 ans (28,0% de décès précoces, en 2000 – 31,0%).

En Pologne, comme dans la plupart des pays européens il n'y a pas d'analyses crédibles de la structure et de l'importance des facteurs de réduction de la mortalité causée par les maladies cardio-vasculaires. Par conséquent en 2008, en collaboration avec le meilleur centre européen (Université de Liverpool) les préparations visant à analyser le progrès du contrôle de facteurs de risque, les procédures hautement spécialisées, le changement de mode de vie, les facteurs sociaux, ont été mises en place dans le cadre du Programme national de la prophylaxie et du traitement des maladies cardio-vasculaires pour les années 2006-2008 (Polkard). An vue de l'analyse, le modélisation statistique avec application du modèle IMPACT sera utilisé pour la première fois en Pologne.

A présent, l'objectif prioritaire consiste à maintenir le rythme de réduction de la mortalité causée par les maladies cardio-vasculaires, au moins au niveau noté dans les années 1990–2004. Dans les années 2003-2012, la réduction de la mortalité devrait dépasser 30% chez les personnes de moins de 65 ans, à savoir 3% par an.

Les informations concernant les mesures prises en vue de la réduction du nombre de décès causées par les maladies cardio-vasculaires – voir la réponse aux questions no. 1 et 2, ci-dessus.

Les tumeurs malignes constituent une seconde cause principale des décès, en causant plus de 26% de décès chez les hommes et 23% de décès chez les femmes. En 2005 (données du Registre National des Tumeurs Malignes, publiées en 2007), 124.500 nouveaux cas ont été notés ainsi que 90.000 décès causés par tumeurs malignes ont été constatés. Les tumeurs malignes des poumons sont des tumeurs les plus fréquemment présentes chez les hommes, le deuxième type du cancer fréquent est celui du gros intestin. Les tumeurs de l'estomac et de la

prostate sont d'autres tumeurs fréquentes chez les hommes. Dans la population des femmes, parmi les emplacements les plus fréquents des tumeurs, il y a le sein, le poumon et le gros intestin.

Taux de décès causés par les tumeurs malignes, en 2005, sur 100.000 personnes

Groupe d'âge	Femmes	Hommes
0-19 ans	2,4	3,6
20 – 44 ans	21,9	20,6
45 – 64 ans	234	369
65 ans et plus	818	1.673

Les tendances notées en matière de la fréquence de la morbidité et de décès causés par les tumeurs malignes sont les conséquences d'un mode de vie nuisible (un taux élevé d'exposition aux facteurs cancérigènes de la fumée de tabac, l'alimentation impropre, l'activité physique insuffisante). Une des causes principales du nombre toujours croissant de la morbidité des tumeurs consiste également en changements au sein de la structure de la population (augmentation du nombre de personnes de plus de 65 ans), manque du savoir sur le danger des maladies tumorales, et ce qui en résulte, une répugnance à faire le dépistage médical et s'adresser au médecin oncologue. Par ailleurs, dans l'environnement, et notamment dans les zones urbaines, et dans la nourriture, il y a de plus en plus de facteurs cancérigènes.

Mesures prises en vue de la réduction de décès :

- développement de la prévention primaire des tumeurs malignes, y compris celles impliquées par la dépendance au tabagisme et par la malbouffe,
- mise en oeuvre de programmes de diagnostic précoce, notamment du cancer du col de l'utérus, du sein, du gros intestin et de certaines tumeurs chez les enfants,
- action de compléter et de remplacer des appareils usés pour la radiothérapie et pour le diagnostic de cancers,
- généralisation des connaissances dans la population au sujet de la prévention, du diagnostic précoce et du traitement des tumeurs.

Les informations détaillées en ce qui concerne des mesures prises en vue de la réduction du nombre de décès causés par les tumeurs malignes – voir la réponse aux questions no. 1 et 2, ci-dessus.

2/ Quels sont les résultats de la mise en oeuvre du Programme national d'action en faveur des femmes de 2003 pour l'amélioration d'un état de santé des femmes.

La Communication du Conseil de Ministres sur la mise en oeuvre du Programme national d'action en faveur des femmes ne concerne qu'une étape de la réalisation des missions prévues par le programme, car il s'agit seulement d'une période couverte par le monitoring, à savoir entre le 19 août 2003 et 31 août 2004 (la Communication du gouvernement n'englobe pas une période complète de la réalisation du programme).

L'analyse des informations sur « la santé des femmes » démontre que Durant la période couverte par la Communication les missions n'ont été réalisées que partiellement.

1. Objectif stratégique : Garantir le droit à la meilleure santé physique et psychique.

Actions ciblées : 1.1. Garantir l'accès aux services médicaux, à la prévention médicale et à la réadaptation, sur les étapes de la vie d'une femme et résultant des rôles sociaux qu'elle remplit.

1.1.1. Elaboration de l'analyse des statistiques sur l'accès aux services médicaux pour les femmes assurées par l'État en ce qui concerne les soins aux adolescents, aux femmes en âge de procréer, aux femmes après ménopause englobant notamment les maladies tumorales, les maladies contagieuses y compris celles transmises par voie sexuelle, la santé procréative, les maladies liées à la ménopause, les addictions et les maladies mentales.

La mission n'a pas été réalisée.

1.1.2. Amélioration de la prévention et du diagnostic par l'augmentation du dépistage gratuit de maladies tumorales d'origine génétique.

Depuis septembre 2003 le Ministère de la santé réalise le « Programme des soins aux familles à haut risque héréditaire de néoplasme malin » : module 1 de ce programme englobe le dépistage précoce des néoplasmes malins dans les familles à haut risque héréditaire de néoplasmes du sein et de cancer de l'ovaire et module 2 prévoit le dépistage précoce et la prévention des néoplasmes malins dans les familles à haut risque de cancer du côlon et de cancer du corps d'utérus.

En 2003, 1.627 familles ont été inscrites au registre dans le cadre du module 1 : 1.816 femmes des familles à haut risque de cancer du sein et de cancer de l'ovaire ont reçu les soins, 587 familles ont été inscrites au registre dans le cadre du module 2 : 303 tests pour détecter les personnes porteuses de mutations des gènes MMR ont été accomplis et 523 patients des familles à haut risque de cancer du côlon et de cancer du corps d'utérus ont reçu les soins.

1.1.3. Mise en oeuvre des programmes de la prophylaxie médicale pour la santé des femmes, notamment en ce qui concerne les maladies tumorales, les maladies génétiques et les soins aux mères et aux enfants.

En 2003 et 2004 le Ministère de la santé a réalisé le programme « Dépistage chez les nouveau-nés en Pologne » englobant l'examen pour détecter la phénylcétonurie et le myxœdème. L'objectif de ce programme était l'identification précoce de ces maladies chez tous les nouveau-nés et cela avant l'apparition des symptômes cliniques de la maladie (dans une phase précédant des désordres irréversibles de l'organisme) qui permet une prévention efficace des vices de conformation y compris un retard mental grave.

Un concours annoncé au juillet 2004 par le Ministère de la santé pour développer le programme de la politique de santé intitulée « La prévention de la prématurité et d'un petit poids à la naissance et leurs effets négatifs pour la santé » a été terminé sans que le choix de la meilleure proposition soit fait car aucune proposition présentée ne remplissait pas de critères essentiels. L'élaboration du programme a été donc entreprise par le groupe créé par le Ministère de la santé.

En 2004 le Ministère de la santé a délégué la réalisation du Programme de diagnostic prénatal à NFZ.

Dans le cadre des programmes d'oncologie visant une identification précoce des néoplasmes chez les femmes le Ministère de la santé a réalisé en 2003 le « Programme de dépistage précoce de cancer du sein » (le nombre des patientes examinées – 137.594) et le « Programme de dépistage précoce de cancer du col utérin » (le nombre des patientes examinées – 222.555).

1.1.4. Elargissement d'un réseau des centres pour les femmes y compris les institutions spécialisées d'information et de diagnostic pour les filles adolescentes.

La mission a été réalisée.

1.1.5. Ouverture des travaux visant à créer le système de soutien médical pour les femmes âgées englobant le diagnostic, le traitement et la réadaptation des femmes touchées par la perte des capacités physiques et intellectuelles à cause de l'âge et toutes formes de handicap.

Le Ministère de santé a commencé les travaux visant l'élaboration des normes concernant les soins dans le domaine de la gériatrie. Ces normes sont censées de constituer un nouveau modèle de soins assurés aux personnes âgées. Le système de traitement et de soins doit clairement définir les missions du médecin, de l'infirmière, du psychologue, de l'ergothérapeute, du spécialiste en réadaptation, de l'assistant social et du bénévole.

1.1.6. Création du centre de diagnostic et de consultation pour les personnes transsexuelles.

Pas d'information de la part du Ministère de la santé en ce qui concerne la réalisation de cette mission.

1.1.7. Renforcement successif de l'effectif des infirmières dans les écoles de tout niveau, formation des infirmières scolaires les préparant à aider les étudiantes dans leurs problèmes liés à l'adolescence et à accéder aux informations sur les addictions, les maladies contagieuses transmises par voie sexuelle et la contraception.

En 2003 à l'initiative du bureau de FNUAP en Pologne et du Conseil du gouvernement pour la population les séminaires sur la santé procréative pour les infirmières et les hygiénistes scolaires de la Chambre des infirmières et des sages-femmes ont été organisés. En septembre 2003 la formation pour des infirmières travaillant aux écoles inscrites à la Chambre des infirmières et sages-femmes à Lublin et à Varsovie a commencé. La formation est prévue dans d'autres régions du pays.

Actions ciblées : 1.2. Création de la politique nationale de santé qui tient compte des besoins de santé des femmes

1.2.1. Introduction de la thématique de santé des femmes, notamment des problèmes de la santé procréative aux actes législatifs, documents, stratégies et programmes gouvernementales (*mainstreaming*).

La mission n'a pas été réalisée.

1.2.2. Intégration de la problématique de la santé des femmes aux programmes de la politique nationale de santé.

La problématique de la santé des femmes a été prise en considération en 2003 dans les programmes suivants :

- « Programme de dépistage précoce de cancer du sein »,
 - « Programme de dépistage précoce de cancer du col utérin »,
 - « Programme des soins aux familles à haut risque héréditaire de néoplasme malin »,
- et en 2004 :
- « Programme public de dépistage de cancer du sein par mammographie en Pologne en 2004 »,
 - « Programme national de prophylaxie du cancer du col utérin – 2004 »
 - « Programme des soins aux familles à haut risque héréditaire de néoplasme maligne »,
 - « Programme de diagnostic prénatal ».

1.2.3. Introduction de la thématique de la santé des femmes, y compris des problèmes des femmes âgées, à la formation professionnelle de toutes les services médicaux.

Les cours, dont celles englobant la thématique de la santé des femmes, sont réalisées dans le cadre des spécialisations médicales et des formations postuniversitaires.

1.2.4. Popularisation des droits du patient parmi les femmes et la création du mécanisme de poursuite des prétentions dues aux erreurs commises par le personnel médical et à la violation des droits du patient.

Les droits des patients font partie des règles imposant des obligations aux différents établissements de soins. Pour favoriser la connaissance des droits du patient le chef de l'établissement de santé est obligé d'assurer l'accès aux informations sur les droits du patient conformément à l'article 19 paragraphe 6 de la loi sur les établissements de santé.

Les patients dont les droits ont été violés peuvent adresser une plainte écrite au représentant régional compétent pour les questions de la responsabilité professionnelle des médecins et des infirmières ou revendiquer ses droits par voie judiciaire dans le cadre d'une procédure civile ou pénale.

Les personnes qui se présentent au Bureau des droits du patient reçoivent une assistance qui porte sur le fond du problème, objective et efficace. Un juriste et deux médecins spécialistes sont de service au Bureau. Ils fournissent des renseignements aux patients-victimes d'interventions médicales vicieuses ainsi que à ceux qui envisagent saisir la justice pour revendiquer ses droits.

2. Objectif stratégique – une politique nationale pour la santé procréative conforme aux standards des sciences médicales les plus récentes et les normes juridiques internationales.

Actions ciblées : 2.1. Analyse de la réglementation en vigueur dans le domaine de la santé procréative et l'étude de son mise en oeuvre du point de vue du respect de droits de l'homme en ce qui concerne les femmes.

2.1.1. Suivi de la mise en oeuvre de la loi du 7 janvier 1993 sur le planning familial, la protection du fœtus et les conditions d'admissibilité de l'interruption de grossesse – l'introduction des instruments de recherche plus précises au rapport annuel de l'application de la loi.

La mise en oeuvre de la loi sur le planning familial, la protection du fœtus et les conditions d'admissibilité de l'interruption de grossesse est évaluée chaque année (le rapport du Conseil des Ministres pour la Diète de la République de Pologne). Le rapport, après son adoption par la Diète de la République de Pologne, est publié sur le site du Ministère de la santé entre autres.

2.1.2. Amendement de la réglementation portant sur le droit à l'avortement.

Le Groupe interministériel d'évaluation de la mise en oeuvre de la loi sur le planning familial, la protection du fœtus et les conditions d'admissibilité de l'interruption de grossesse a été établie.

Action ciblée : 2.2. Introduction des standards du planning familial conformes à l'état actuel des sciences médicales, aux normes internationales et aux demandes de la société.

2.2.1. Intégration des informations sur les méthodes modernes de planning familial aux programme scolaire portant sur l'éducation à la sexualité et la préparation des programmes d'information pour les personnes adultes.

Les cours sur la vie sexuelle de l'homme, les règles d'une parentalité consciente et responsable, l'importance de la famille, la vie dans sa phase prénatale, les méthodes et les moyens de la procréation consciente ont été réalisés dans les écoles conformément au règlement du Ministre de l'éducation et du sport du 26 février 2002 sur le programme de base de l'école maternelle et de la formation générale dans tous les types des écoles ainsi que le règlement du Ministre de l'éducation nationale du 12 août 1999 sur les modalités de l'enseignement scolaire et le contenu de l'éducation relative à la vie sexuelle de l'homme, aux règles d'une parentalité consciente et responsable, à l'importance de la famille, à la vie dans une phase prénatale et aux méthodes et aux moyens de la procréation consciente comprises dans le programme de base de la formation générale.

Avant le début du cours « L'Éducation à la vie familiale » les parents des élèves mineurs sont informés sur le programme qui sera réalisé dans chaque classe. Les programmes englobent les informations sur les méthodes modernes de planning familial.

2.2.2. Inclusion des moyens contraceptifs modernes sur la liste des médicaments et des articles médicaux remboursés du budget national, conformément aux découvertes récentes dans la domaine de la pharmacie.

La mission n'a pas été réalisée.

2.2.3. Augmentation en 2004 du nombre de médicaments remboursés pour le traitement de la stérilité en tenant compte de l'analyse du Ministre de la santé sur les possibilités de porter ces médicaments à la liste des médicaments remboursés en tenant compte des moyens financiers dans le budget de Fonds national pour la santé.

La mission n'a pas été réalisée.

3/ Les informations sur la situation factuelle des groupes sociaux se trouvant dans une situation difficile en ce qui concerne l'accès à l'assurance maladie et l'accès aux soins de santé (Recommandation de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe 1626(2003) sur la réforme des systèmes de santé en Europe). Les données statistiques.

La majorité des personnes ayant un revenu très bas sont couvertes par l'assurance maladie générale.

Depuis le 1^{er} octobre 2004 conformément à la loi sur les soins de santé financés des fonds publics les personnes qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie et ont des revenus très bas (remplissent le critère de revenu permettant de recevoir l'assistance sociale) peuvent bénéficier des soins de santé financées par des fonds public si elles ont la nationalité polonaise et résident en Pologne. Les prestations sont financées par NFZ. Pour la réalisation de cette mission le Fonds reçoit la subvention du budget national.

Le droit à ces prestations est attribué sur base de la décision du maire de la gmina compétente vu le lieu de résidence du bénéficiaire. La décision n'est pas nécessaire dans des cas urgents si les soins sont assurés par les unités de l'Aide médicale urgente nationale hors des hôpitaux.

Personnes soignées sur base de la décision du maire et le coût de ces soins

	Nombre de personnes qui ont reçu une prestation	Dépenses
2005	1.550	6.351.960 złoty
2006	3.634	12.105.010 złoty
2007	5.487	16.921.097 złoty

En plus les personnes suivantes non couvertes par l'assurance (y compris les personnes ayant un revenu très bas) peuvent bénéficier des soins de santé financées par les fonds publics:

- les femmes enceintes et en couche,
- les enfants de moins de 18 ans.

L'accès gratuit aux prestations du système de santé est assuré, quel que soit la nationalité d'une personne concernée, aux :

- personnes atteintes de l'alcoolisme et de la toxicomanie,
- personnes souffrant des certaines maladies psychiques,
- personnes souffrant des certaines maladies contagieuses,
- réfugiés.

En 2007 plus de 47.000 ressortissants polonais et 78 étrangers (de l'Algérie, de l'Arménie, de la Chine, de l'Inde, du Congo et du Viêt-nam) ont obtenu l'accès gratuit aux prestations financées par des fonds publics.

Type de prestation	Valeur des prestations	Nombre de patients
Maladies contagieuses – tuberculose	3.097.300	1.250
autres maladies	58.985	1.404
Lutte contre la toxicomanie	10.083.631	9.689
Lutte contre l'alcoolisme	17.388.178	20.311
Protection de la santé psychique	17.353.866	12.895
Prestations liées à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum	1.128.660	1.006
Traitement des enfants de moins de 18 ans	1.523.843	1.347
Médicaments	23.648	706
Total	50.658.111	47.246

4/ Quelles actions sont entreprises pour augmenter les dépenses pour le système de santé? Les données statistiques indiquant la progression de ces dépenses (Le Comité a observé la diminution des dépenses en 2002 par rapport à l'année 1999).

Pour augmenter les dépenses consacrées au système de santé Durant la période 01.01.2003-31.12.2007 la cotisation pour la couverture maladie universelle a été augmentée, de 8% en 2003 à 9% en 2007 (la hausse de 0,25% chaque année). Les actions supplémentaires ont été

également entreprises pour augmenter les dépenses consacrées au système de santé. En particulier :

- depuis 2007 l'Aide médicale urgente nationale est financée par le budget national,
- la réglementation concernant la couverture des coûts d'assistance médicale aux victimes d'accidents de la route par la retenue forfaitaire de l'assurance de la responsabilité civile pour ce but,
- l'actualisation de l'assiette des cotisations pour l'assurance maladie financée par le budget national pour certains groupes des assurés.

Les coûts des soins de santé financées par NFZ en milliards de zloty

2003	2004	2005	2006	2007
29,21	30,49	33,00	35,97	40,123

L'augmentation de la cotisation de 1% en 2010 est considérée.

5/ Les résultats de la mise en oeuvre de la loi du 23 janvier 2003 sur l'assurance générale au Fonds national pour la santé permettant d'évaluer la situation en ce qui concerne l'accès aux certains soins médicaux (périodes d'attente trop longues, conditions vagues de la gestion des listes d'attente). Le Comité évalue les critères de la gestion des listes d'attente des soins de santé conformément à la Recommandation du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe R(99)21 sur les critères de gestion des listes d'attente et des délais d'attente des soins de santé.

Voir la réponse à la conclusion négative.

6/ La diminution du nombre des dentistes durant la période couverte par le rapport est-elle liée avec leur passage au secteur médical privé? Les données statistiques relatives au nombre de médecins et au nombre de lits d'hôpital (secteur public et privé).

La migration des professionnels de santé aux autres états de l'Union européenne et le passage au secteur médical privé constituent les plus importants facteurs de la diminution du nombre de dentistes.

Le nombre de médecins et de lits d'hôpital – voir la réponse à la question no. 3.

Conclusion négative

Durant la période couverte par le rapport précédent (1.01.2001-31.12.2002), la situation en Pologne n'était pas conforme aux exigences de la Charte s'il s'agit de temps d'attente pour les services médicaux et les modalités de gestion des listes d'attente.

La question de listes d'attente n'a été réglée que de manière très sommaire par les textes d'application de la loi du 23 janvier 2003 sur l'assurance générale au Fonds national pour la santé. En effet, celle-ci n'habilitait pas le Ministre de la santé à établir la liste de données à collecter ni à établir le mode de calcul du temps d'attente. Le Ministre de la santé a pris des mesures visant à surveiller des listes d'attente et il a obligé les unités du Fonds national pour la santé au niveau de voïvodie à les collecter et les lui transmettre. Chaque prestataire ayant adopté son propre mode de calcul du temps d'attente ainsi que du nombre de personnes en attente les données étaient peu fiables. Le nombre excessif de personnes en attente était dû également au fait de s'inscrire parallèlement sur plusieurs listes et dans le cas de l'octroi de la prestation chez un prestataire, de ne pas en informer d'autres prestataires chez qui la personne donnée a été inscrite.

La loi sur l'assurance générale au Fonds national pour la santé a été remplacée par la loi du 27 août 2004 sur les soins de santé financés des fonds publics ; les questions concernant les listes d'attente des prestations sont maintenant réglées par celle-ci et ses textes d'application.

La loi a définit les conditions d'accès aux prestations et la portée des données à inscrire sur la liste, tandis que les textes d'application ont établi les critères d'inscription sur les listes

d'attente, de temps d'attente et de gestion de ces listes. L'obligation de tenir les listes en forme électronique a été introduite. La définition du temps d'attente effectif et l'introduction de l'obligation de transférer les données indispensables pour le calculer a permis d'obtenir des données plus fiables.

La liste d'attente est tenue de manière à garantir le respect du principe d'un accès aux soins de santé non discriminatoire et transparent et selon les critères médicaux. Ceux-ci ont été établis dans le règlement du Ministre de la santé du 26 septembre 2005 relatif aux critères médicaux régissant les décisions prises par les prestataires quant à la mise sur la liste d'attente. La distinction a été introduite entre un cas urgent (pressant - la nécessité de garantir d'urgence la prestation vu la dynamique du processus de maladie et l'aggravement rapide probable de l'état de santé ou la diminution significative des chances de guérison) et un cas stable (autre que l'état subit et le cas urgent). Les personnes en état pressant exceptées, auxquelles les prestations sont fournies immédiatement, les patients en attente doivent être classés à une des catégories médicales, tout en respectant les critères médicaux suivants : l'état de santé du patient, les prévisions quant à l'évolution de la maladie, la présence des maladies coexistantes ayant un impact sur la maladie à cause de laquelle la prestation devrait être fournie ainsi que le risque d'apparition, de pérennisation ou d'aggravation du handicap. Lors du processus de qualification, outre les dispositions légales, il faut prendre en considération le principe de bonne pratique médicale.

Pour améliorer la gestion du temps d'attente, la conception de système de surveillance et de gestion de l'accès aux soins de santé hautement spécialisés à coût élevé a été élaborée dans le cadre du programme Vitapol financé par les fonds européens. De plus, dans le cadre du projet, les mesures légales, organisationnelles, informatiques adoptées en Pologne et en Grande Bretagne qui concernent les listes d'attente ont été comparées. Les possibilités de transférer des expériences britanniques dans le contexte polonais ont été également analysées. Le projet du Système des listes d'attente modernisé a été préparé dont la mise en œuvre pilote s'est faite avec la participation de trois prestataires. Dans le cadre du pilotage qui a eu lieu entre mars et décembre 2007, les prestataires choisis ont été obligés, par rapport aux procédures médicales choisies, à transmettre les informations nominatives concernant les patients inscrits sur la liste d'attente. Les expériences acquises lors du pilotage ont permis en outre de porter des modifications aux règles de tenue des listes d'attente par les prestataires et à l'application électronique permettant de transférer les données au Fonds national pour la santé.

Durant la période couverte par le rapport, bien que le temps d'attente ait été sans doute raccourci, il fallait attendre assez longtemps pour certaines prestations. Fin 2007, s'il s'agit de la fourniture des soins de santé spécialisés dans le cadre du traitement médical ambulatoire, le plus grand nombre de patients attendait les soins médicaux en physiothérapie, en ophtalmologie, en odontologie et en réadaptation, selon les données du Fonds national pour la santé. Au-dessus de 6 mois, le plus grand nombre de patients attendait le traitement orthodontique. Dans le cadre des soins médicaux hospitaliers, le plus grand nombre de patients attendait le traitement en : chirurgie générale, réadaptation et oto-rhino-laryngologie. Au-dessus de 6 mois, le plus grand nombre de patients attendait le traitement ophtalmologique. La liste d'attente pour le traitement dans des hôpitaux était la plus longue quand il s'agissait de traitement non opératoire de la cataracte sénile, des troubles psychiques et des troubles du comportement provoqués par la consommation de l'alcool ainsi que des dégénérescences de la colonne vertébrale.

Les premières données qui présentent les temps réels sont disponibles pour l'année 2007, c'est à dire pour les personnes qui ont été inscrites sur la liste depuis janvier 2007.

Le temps d'attente réel est calculé sur la base du nombre de jours d'attente de chaque personne qui a reçu la prestation, à compter de la date d'inscription sur la liste d'attente

jusqu'à la date du début de réalisation de la prestation. Le temps d'attente moyen est calculé séparément pour chaque groupe de personnes inscrites sur la liste d'attente dans différentes sections organisationnelles du prestataire. Ces groupes sont créés selon un critère médical : cas stables et cas urgents. Les données qui montrent le temps réel moyen ne sont pas affectées par des erreurs qui résulteraient de la présence sur la liste des personnes qui ne sont pas intéressées par l'octroi de la prestation.

Le temps d'attente réel pour le traitement à l'hôpital

Service	Nombre de personnes inscrites sur les listes d'attente qui ont obtenu la prestation							
	Total	Temps d'attente réel, en mois						
		<1	> 1 < 2	> 2 < 3	> 3 < 6	> 6 < 12	> 12 < 24	> 24
Médecine interne	1.314	978	133	20	121	56	4	2
Métabolisme	135	125	6	1	3	0	0	0
Allergologie	146	94	16	13	9	14	0	0
Allergologie infantile	79	14	5	6	52	2	0	0
Diabétologie	188	121	60	3	4	0	0	0
Endocrinologie	255	227	22	4	2	0	0	0
Endocrinologie infantile	130	14	27	9	79	0	1	0
Gastro-entérologie	880	410	218	127	87	37	1	0
Gastro-entérologie infantile	31	3	8	5	14	1	0	0
Gastrologie	28	4	3	2	19	0	0	0
Gériatrie	313	212	42	24	29	5	0	1
Hématologie	171	161	10	0	0	0	0	0
Immunologie clinique	46	43	3	0	0	0	0	0
Immunologie clinique infantile	1	0	1	0	0	0	0	0
Cardiologie	1.921	878	372	267	307	76	11	10
Cardiologie infantile	81	2	57	21	1	0	0	0
Néphrologie	217	100	22	22	59	12	1	1
Néphrologie infantile	26	21	4	0	1	0	0	0
Maladies chroniques	84	74	2	2	6	0	0	0
Médecine palliative	19	18	1	0	0	0	0	0
Dermatologie	171	154	14	1	0	2	0	0
Dermatologie infantile	18	14	3	1	0	0	0	0
Neurologie	555	339	134	36	40	5	1	0
Neurologie infantile	63	14	21	13	15	0	0	0
Oncologie	865	706	95	24	30	7	3	0
Chimiothérapie	189	140	46	3	0	0	0	0
Radiothérapie	478	346	60	60	9	3	0	0
Oncologie gynécologique	303	228	70	4	1	0	0	0
Tuberculose et maladies pulmonaires	493	450	7	0	1	32	3	0
Pneumologie	302	185	24	23	21	11	38	0
Pneumologie infantile	611	142	142	37	37	253	0	0
Rhumatologie	1.738	723	449	158	132	171	40	65
Rhumatologie infantile	3	2	1	0	0	0	0	0
Réadaptation	3.506	1.098	438	197	311	592	703	167
Réadaptation	667	303	108	64	139	11	33	9
Réadaptation de l'appareil locomoteur	524	173	125	134	24	25	34	9
Réadaptation infantile de l'appareil locomoteur	4	0	0	0	0	4	0	0
Réadaptation neurologique	64	16	15	5	7	18	3	0
Réadaptation cardiologique	816	703	111	1	1	0	0	0
Pédiatrie	103	101	0	0	2	0	0	0
Néonatalogie	3	1	1	0	1	0	0	0
Gynécologie-obstétrique	1.779	1.084	378	107	95	100	8	7
Gynécologie	944	612	274	36	17	4	1	0
Obstétrique	286	184	95	5	0	2	0	0
Chirurgie générale	6.613	3.709	1.357	648	629	199	65	6
Chirurgie infantile	163	94	53	8	1	5	1	1

Service	Nombre de personnes inscrites sur les listes d'attente qui ont obtenu la prestation							
	Total	Temps d'attente réel, en mois						
		<1	> 1 < 2	>2 < 3	>3 <6	> 6 < 12	> 12 < 24	>24
Chirurgie thoracique	345	329	16	0	0	0	0	0
Chirurgie vasculaire	490	278	68	21	39	72	9	3
Chirurgie oncologique	1.397	906	399	63	25	3	1	0
Chirurgie esthétique	463	255	76	34	58	13	26	1
Chirurgie cardiaque	131	67	44	9	9	2	0	0
Chirurgie cardiaque infantile	23	22	1	0	0	0	0	0
Implantation des stimulateurs cardiaques	23	1	0	0	8	4	5	5
Neurochirurgie	283	153	69	34	25	2	0	0
Neurochirurgie infantile	3	3	0	0	0	0	0	0
Traumatologie-orthopédie	2.212	834	402	211	278	314	126	47
Traumatologie-orthopédie infantile	22	1	2	1	8	10	0	0
Ophthalmologie	1.711	429	204	165	298	300	274	41
Ophthalmologie infantile	88	10	25	16	30	7	0	0
Oto-rhino-laryngologie	3.059	1.469	500	351	405	310	20	4
Oto-rhino-laryngologie infantile	139	53	26	24	23	13	0	0
Chirurgie maxillo-faciale	32	23	9	0	0	0	0	0
Urologie	1.615	1.145	248	110	63	41	3	5
Urologie infantile	39	12	15	9	3	0	0	0
Transplantation	67	52	14	0	1	0	0	0
Psychiatrie (générale)	73	68	3	2	0	0	0	0
Psychiatrie infantile	59	52	5	2	0	0	0	0
Réadaptation psychologique	4	2	2	0	0	0	0	0
Psychiatrie juvénile	65	59	3	0	2	1	0	0
Traitement des troubles névrotiques	8	0	0	0	0	8	0	0
Psychiatrie infantile et juvénile	2	0	2	0	0	0	0	0
Traitement des troubles névrotiques chez enfants et adolescents	68	40	7	5	14	2	0	0
Psychiatrie : maladies somatiques	14	12	1	0	1	0	0	0

Le temps d'attente réel pour le traitement médical spécialisé ambulatoire : nombre de personnes inscrites sur les listes d'attente qui ont obtenu la prestation

Centres	Total	Temps d'attente réel, en mois						
		<1	> 1 < 2	>2 < 3	>3 <6	> 6 < 12	> 12 < 24	>24
Métabolisme	604	316	94	10	167	16	1	0
Allergologie	5.893	3.083	1.247	650	754	130	14	15
Allergologie infantile	1.823	646	578	244	288	43	13	11
Allergies respiratoires	44	18	11	0	3	12	0	0
Allergies cutanées	14	7	6	1	0	0	0	0
Diabétologie	3.989	1.875	973	528	505	77	22	9
Diabétologie infantile	39	5	19	12	3	0	0	0
Endocrinologie	9.504	3.686	1.324	1.263	2.012	810	67	342
Endocrinologie infantile	257	29	86	117	18	4	0	3
Endocrinologie gynécologique	502	356	81	29	25	11	0	0
Pathologie thyroïdienne	652	127	130	120	219	47	9	0
Gastro-entérologie	5.085	2.453	1.165	654	534	261	11	7
Gastro-entérologie infantile	42	18	10	7	7	0	0	0
Gastrologie	1.959	516	425	457	475	68	15	3
Hépatologie	379	150	125	20	54	30	0	0
Gériatrie	120	113	3	2	2	0	0	0
Hématologie	878	244	200	165	231	33	5	0
Hématologie infantile	24	20	3	0	1	0	0	0
Immunologie	56	40	7	7	2	0	0	0
Chirurgie cardiaque	18.183	7.180	2.960	2.79	3.945	1.484	104	31
Chirurgie cardiaque infantile	1.765	1.431	149	132	48	5	0	0
Hypertension artérielle	81	49	8	9	12	3	0	0

Centres	Total	Temps d'attente réel, en mois						
		<1	>1 <2	>2 <3	>3 <6	>6 <12	>12 <24	>24
Maladies vasculaires	985	159	216	346	182	80	2	0
Néphrologie	1.007	706	198	48	31	22	2	0
Néphrologie infantile	170	120	14	8	25	1	2	0
Médecine palliative	102	97	5	0	0	0	0	0
Dermatologie	12.610	9.824	1.805	420	301	111	46	103
Dermatologie infantile	234	226	1	1	1	5	0	0
Génétique	47	12	9	4	11	11	0	0
Génétique infantile	7	0	3	1	2	1	0	0
Neurologie	19.228	12.346	3.915	1.706	917	235	56	53
Neurologie infantile	1.512	882	431	130	53	11	4	1
Traitement des douleurs	803	510	115	43	122	9	2	2
Maladies vasculaires cérébrales	8	2	6	0	0	0	0	0
Épilepsies	124	113	9	1	1	0	0	0
Parkinsonisme et troubles du système moteur extrapyramidal	19	16	3	0	0	0	0	0
Sclérose en plaques	12	8	2	2	0	0	0	0
Oncologie	1.966	1.748	110	40	60	8	0	0
Tuberculose et maladies pulmonaires	1.360	842	268	119	74	41	10	6
Tuberculose et maladies pulmonaires chez enfants	46	21	11	4	8	0	0	2
Pneumologie	1.759	1.130	258	196	142	25	4	4
Pneumologie infantile	163	84	76	0	1	2	0	0
Rhumatologie	5.922	3.368	1.224	761	443	99	13	14
Rhumatologie infantile	43	32	9	1	1	0	0	0
Réadaptation	30.681	17.538	5.464	3.117	3.835	631	54	42
Réadaptation infantile	714	658	39	5	10	1	1	0
Réadaptation de l'appareil locomoteur	318	147	90	21	57	3	0	0
Section (atelier) de physiothérapie	40.796	18.708	11.611	5.936	3.231	1.218	60	32
Section (atelier) de physiothérapie infantile	24	4	1	12	7	0	0	0
Section (atelier) de physiothérapie	5.300	3.571	771	301	562	87	7	1
Troubles et malformations chez enfants	32	26	5	0	1	0	0	0
Néonatalogie	144	131	11	1	1	0	0	0
Gynécologie-obstétrique	20.541	14.833	3.870	747	619	269	77	126
Gynécologie	596	426	105	22	29	7	3	4
Gynécologie pour les filles	51	35	12	1	0	3	0	0
Pathologie de la grossesse	123	105	15	1	2	0	0	0
Période de ménopause	5	3	2	0	0	0	0	0
Prophylaxie : maladies thoraciques	2.275	446	1 033	137	232	237	127	63
Chirurgie générale	7.226	6.281	434	150	312	28	8	13
Chirurgie générale infantile	913	799	95	15	4	0	0	0
Chirurgie de l'appareil digestif	5	0	0	4	1	0	0	0
Proctologie	1.324	740	127	294	147	15	1	0
Chirurgie thoracique	31	31	0	0	0	0	0	0
Chirurgie vasculaire	2.895	1.236	316	614	374	338	10	7
Chirurgie oncologique	574	453	74	13	34	0	0	0
Chirurgie esthétique	485	452	21	10	2	0	0	0
Chirurgie de la main	243	225	10	2	3	1	2	0
Chirurgie cardiaque	200	200	0	0	0	0	0	0
Neurochirurgie	910	479	77	199	132	22	1	0

Centres	Total	Temps d'attente réel, en mois						
		<1	> 1 < 2	> 2 < 3	> 3 < 6	> 6 < 12	> 12 < 24	> 24
Neurochirurgie infantile	142	32	96	4	8	2	0	0
Traumatologie- orthopédie	18.213	14.515	2.493	673	337	122	46	27
Traumatologie- orthopédie infantile	1 264	830	382	20	31	1	0	0
Défauts de posture	733	469	166	30	42	24	1	1
Ostéoporose	719	150	159	102	225	81	2	0
Dépistage de la luxation congénitale de hanche	2.074	617	1 085	241	117	14	0	0
Ophthalmologie	36.000	20.685	7.080	3.527	3.057	1.269	203	179
Ophthalmologie infantile	940	628	279	24	6	0	3	0
Traitement du glaucome	722	587	43	12	30	49	1	0
Traitement du strabisme	80	33	26	20	0	1	0	0
Oto-rhino-laryngologie	10.930	9.793	706	173	132	85	22	19
Oto-rhino-laryngologie infantile	533	388	124	11	6	4	0	0
Audiologie	1.733	1.253	408	43	22	7	0	0
Audiologie infantile	74	44	5	22	3	0	0	0
Phoniatry	1.864	821	592	329	119	2	0	1
Orthophonie	1.541	1.245	236	32	23	5	0	0
Orthophonie infantile	22	22	0	0	0	0	0	0
Chirurgie maxillo-faciale	22	22	0	0	0	0	0	0
Urologie	10.637	7.188	1.277	985	926	199	52	10
Urologie infantile	8	0	0	0	8	0	0	0
Santé psychique	7.018	4.357	1.852	532	192	45	24	16
Santé psychique pour enfants et adolescents	399	145	154	31	63	6	0	0
Psychogériatrie	13	3	10	0	0	0	0	0
Traitement des névroses	19	5	13	0	0	0	1	0
Pour personnes souffrant de l'autisme infantile	24	5	4	4	10	1	0	0
Traitement des addictions	66	50	3	2	11	0	0	0
Traitement pour les personnes dépendantes à l'alcool et les personnes touchées	186	48	36	68	17	1	14	2
Traitement de l'addiction aux psychotropes	18	15	0	1	0	0	0	2
Psychologie	223	199	11	7	0	6	0	0
Psychologie infantile	2	2	0	0	0	0	0	0
Odontologie	31.454	21.371	4.894	1.407	1.440	1.507	531	304
Odontologie infantile	574	496	49	1	5	6	15	2
Maladies des muqueuses du parodontium	41	5	1	8	23	4	0	0
Orthodontie	3 425	801	946	276	312	497	518	75
Orthodontie infantile	88	3	21	42	5	17	0	0
Prothèse dentaire	1.636	504	95	31	114	604	224	64
Chirurgie odontologique	660	471	77	30	79	3	0	0

ARTICLE 11 ALINEA 2

1/ Pour les Etats qui n'ont pas accepté l'alinéa 1, 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 prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en œuvre la politique de santé publique et le cadre juridique.

1/ Soins assurés aux les femmes durant la grossesse et pendant la période périnatale

Les mesures prises concernant la santé et la procréation sont conformes aux orientations définies dans le Programme d'action approuvé au Caire en 1994 et dans la Plate-forme d'action approuvée à Pékin en 1995.

Il résulte de la définition de la santé en matière de procréation, approuvée lors de la conférence au Caire, le droit d'accès aux services adéquats de santé qui garantissent aux femmes l'assistance lors de la grosse et l'exécution en toute sûreté de l'accouchement, et aux couples la possibilité d'avoir une progéniture en bonne santé. Ce droit est garanti par la législation polonaise. Conformément à l'article 2 paragraphe 3 de la loi du 27 août 2004 relative aux soins de santé financés des fonds publics, les femmes lors de la grossesse, de l'accouchement et de la période du post-partum ainsi que les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans ont le droit aux soins de santé gratuits, quelque soit leur statut social ou les droits qui découlent d'autres dispositions.

L'article 27 paragraphe 1 de la loi établit les prestations visant la préservation de la santé, la prophylaxie de maladies et la détection précoce de celles-ci. L'on y prévoit:

- l'assistance précoce et complète, englobant plusieurs spécialisations, à l'enfant à risque de handicap ou à l'enfant handicapé,
- la promotion de la santé et de la prophylaxie, y compris de la prophylaxie odontologique pour les enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 19 ans,
- les testes prophylactiques pour les femmes enceintes, y compris les tests prénatals recommandés aux groupes à risque et aux femmes de plus de 40 ans, ainsi que la prophylaxie odontologique,
- les services de prophylaxie pour les enfants et adolescents dans les écoles et au cours de la formation,
- les vaccinations préventives.

Conformément à l'article 57 paragraphe 2 point 1 de la loi, la possibilité de bénéficier des prestations réalisées par un médecin spécialiste dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique n'est pas conditionnée par l'orientation par le médecin dispensant les soins primaires. La femme a le droit de choisir le médecin gynécologue parmi les médecins de cette spécialisation qui ont conclu l'accord concernant la réalisation des prestations avec le Fonds national pour la santé.

La portée soins de prophylaxie pour les femmes enceintes a été établie 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.

Conformément à l'annexe 2 au règlement du Ministre de la santé du 20 octobre 2005 relatif à la portée des missions du médecin, de l'infirmière et de l'obstétricienne dispensant les soins primaires, il revient à l'obstétricienne dispensant les soins primaires la réalisation des soins obstétriques, néonatalogiques et gynécologiques complets qui englobent entre autres l'éducation dans le domaine du planning familial. Dans le domaine de la promotion de la santé et de la prophylaxie, l'obstétricienne fournit les soins qui englobent entre autres

l'éducation et les consultations concernant le rétablissement de la fertilité après un accouchement et les méthodes de régulation de la fertilité.

En 2005, les femmes enceintes ont bénéficié de 2.152.329 actes de consultations, dont 247.010 ont été effectués pour la première fois avant le troisième mois de la grossesse. 359.662 accouchements ont été faits à l'hôpital. En 2006, les femmes enceintes ont bénéficié de 2.316.927 actes de consultations de prophylaxie, dont 259.773 ont été effectués pour la première fois avant le troisième mois de la grossesse. 369.298 accouchements ont été faits à l'hôpital.

Les soins prophylactiques pour les femmes enceintes, qui sont fournis conformément aux dispositions du règlement du Ministre de la santé relatif à la portée des soins de santé, y compris les tests de dépistage et les périodes dans lesquelles ces tests sont menés, devraient se composer de 7 actes de consultation du médecin ou de l'obstétricienne au minimum. Deux de ces consultations devraient avoir lieu au premier trimestre de la grossesse. La consultation englobe avant tout: l'examen général, l'examen gynécologique, les mesures anthropométriques, la mesure de la tension artérielle, l'évaluation du risque de la 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.

L'assistance aux femmes lors de la grossesse, de l'accouchement et de la période du post-partum est assurée conformément aux principes de soins périnataux en trois niveaux et mise en œuvre en 1995 dans le cadre du Programme de l'amélioration des soins périnataux. Le programme avait pour objet de créer les systèmes coordonnés de soins au niveau régional à la femme enceinte et au nourrisson qui remplissent les fonctions liées à la gestion du réseau de centres coopérants, au traitement des patients, aux consultations, au transfert des informations, à la maintenance et la coordination du transport de la mère et du nourrisson ainsi qu'à l'activité éducative. En effet, l'organisation du système en trois niveaux a été reconnue comme garantissant une haute qualité et efficacité des soins et l'utilisation rationnelle des fonds publics destinés à la santé publique dans ce domaine.

La structure du système des soins périnataux prend en compte la division des missions portant sur les soins de santé pour les femmes enceintes et les nourrissons:

- le I^{er} niveau comprend les soins durant la grossesse sans complications, l'assistance à l'accouchement et soins durant la période du post-partum, pour un nourrisson sain, on garantit l'assistance à court terme au cas d'une pathologie imprévue,
- le II^e niveau comprend les soins au cas de la pathologie modérée,
- le III^e niveau comprend les soins au cas de la pathologie grave.

Un des éléments les plus importants du fonctionnement du système des soins périnataux à trois niveaux est la création dans tous les centres du II^e niveau de postes de soins intensifs et dans les centres du III^e niveau de services de soins intensifs pour les nourrissons. Le système de la communication et du transport spécialisé entre différents niveaux de l'assistance garantit aux patients l'accès égal à tous les soins dans le domaine de l'obstétrique et de la néonatalogie, quelque soit le lieu de résidence des patients ou leur degré d'aisance.

Les indicateurs permettant d'évaluer la qualité des soins médicaux pour les femmes enceintes durant la période périnatale montrent que ces soins s'améliorent systématiquement. La baisse de la mortalité périnatale des femmes et des nourrissons ainsi que l'allongement progressif de la vie moyenne des Polonaises en est la preuve. Pour les statistiques : voir la réponse à la troisième question concernant l'article 11 alinéa 1.

2/ Planning familial

Il résulte de la définition de la santé en matière de procréation le droit des hommes et des femmes à une information adéquate et la possibilité de profiter des méthodes du planning familial sûres et acceptées ainsi que la liberté du choix qui ne sont pas contraires au droit aux

méthodes de régulation de la fertilité. L'obligation de garantir l'accès libre aux méthodes et mesures visant la procréation avertie est imposée aux autorités centrales et locales par les dispositions de la loi du 7 janvier 1993 sur le planning familial, la protection du fœtus et les conditions d'admissibilité de l'interruption de grossesse.

Conformément au règlement du Président du Fonds national pour la santé n° 81/2006 du 18 septembre 2006 sur l'adoption «Des informations détaillées concernant la procédure de conclusion des accords portant sur la fourniture des soins de santé, la réalisation et le financement des accords portant sur la fourniture des soins de santé comme prestations spécialisés dans le cadre du traitement médical ambulatoire », les centres suivants réalisent les prestations en relation avec les questions suivantes :

- centre de gynécologie pour les filles : la contraception, y compris les consultations et les indications générales sur la contraception et le planning familial, le procédé de procréation englobant entre autres les consultations générales et les indications sur la procréation,
- centre d'endocrinologie gynécologique : le traitement de la stérilité féminine,
- centre de traitement de la stérilité : le traitement de la stérilité féminine ainsi que le planning familial (contraception, procédé de procréation, examens et tests de grossesse).

Le Fonds national pour la santé garantit l'accès aux prestations concernant le diagnostic et le traitement de stérilité qui sont financés par les fonds publics. Dans le cadre du traitement hospitalier, les prestations suivantes ont été fournies en 2007 :

- le diagnostic et le traitement de la stérilité primaire et secondaire,
- le diagnostic au moyen des tests biochimiques, y compris des tests hormonaux, des examens d'imagerie médicale (HSG, échographie, spectroscopie RMN/tomodensitométrie) et le traitement non opératoire de la stérilité féminine,
- la surveillance et modification du traitement (tests biochimiques, échographie) de la stérilité féminine.

3/ Soins de santé pour les enfants

Le règlement du Ministre de la santé relatif à la portée des soins de santé, y compris les tests de dépistage et les périodes dans lesquelles ces tests sont menés établit la portée et les délais de l'administration des soins de prophylaxie fournies aux femmes lors de la grossesse et aux enfants jusqu'à l'âge de 6 ans.

En 2005, 3.299.442 consultations préventives pour les enfants de 0 à 3 ans en bonne santé ont été effectuées par les médecins, dont 1.933.190 consultations ont été effectuées pour les enfants de 0 à 1 an. 1.768.592 visites préventives des infirmières ou obstétriciennes ont été effectuées chez les enfants de 0 à 3 ans, dont 1.528.708 visites chez les enfants de 0 à 1 an. 225.111 examens médicaux préventifs (bilan de santé) ont été effectués chez les enfants de 0 à 2 ans, tandis que 215.788 chez les enfants de 4 ans. En 2006, 3.281.159 consultations préventives pour les enfants de 0 à 3 ans en bonne santé ont été effectuées par les médecins, dont 1.955.306 consultations ont été effectuées pour les enfants de 0 à 1 an. 1.746.396 visites préventives des infirmières ou obstétriciennes ont été effectuées chez les enfants de 0 à 3 ans, dont 1.512.023 visites chez les enfants de 0 à 1 an. 247.453 examens médicaux préventifs (bilan de santé) ont été effectués chez les enfants de 2 ans, tandis que 225.595 chez les enfants de 4 ans.

4/ Soins de santé en milieu scolaire

Durant la période couverte par le rapport, la structure du système de soins santé assurés en milieu scolaire n'a pas changé. Le règlement du Ministre de la santé du 22 décembre 2004 relatif à la portée et l'organisation des soins médicaux préventifs pour les enfants et adolescents, adopté en concertation avec le Ministre de l'éducation nationale, établit les modalités de fourniture des soins de santé pour les enfants et adolescents soumis à l'obligation scolaire et l'obligation d'éducation. Les soins sont fournis par le médecin dispensant les soins primaires et l'infirmière ou l'assistante d'hygiène scolaire. L'infirmière

ou l'assistante d'hygiène scolaire dispense les soins aux enfants dans le siège de l'école, entre autres elle participe activement à la conception, la réalisation et l'évaluation du programme de l'éducation à la santé ainsi qu'à d'autres mesures concernant la promotion de la santé.

Conformément à ce règlement, les soins odontologiques préventifs ont été également garantis aux élèves. Ces soins dispensés par le dentiste englobent entre autres l'éducation à la santé et la promotion de la santé de la cavité buccale, les examens odontologiques préventifs, la prophylaxie de la carie dentaire et la prophylaxie de l'orthodontie. Le règlement suppose la coopération de l'infirmière ou de l'assistante d'hygiène scolaire avec le dentiste dispensant les soins préventifs à l'élève.

Les soins de santé préventifs dispensés par l'infirmière ou l'assistante d'hygiène scolaire englobent dans le domaine de l'odontologie la prophylaxie par l'application de fluorures. Au sens de l'annexe n° 3 au règlement, la prophylaxie selon la méthode de brossage surveillé des dents est effectuée dans les classes I-IV, six fois par an, à 6 semaines d'intervalle. Les interventions préventives adaptées individuellement, c'est à dire l'application de vernis fluoré ou vernis copal, ont été garanties en vertu du règlement du Ministre de la santé du 24 novembre 2004 relatif à la liste de soins garantis fournis par le dentiste et du matériel odontologique ainsi que le type de documents attestant le droit à la fourniture de ces prestations.

Les soins de santé préventifs pour les élèves sont dispensés dans tous les types d'écoles et ils englobent 100% des élèves des écoles primaires et des lycées techniques, 99% des élèves des collèges, 94% des établissements d'enseignement professionnel et des lycées et 85% des élèves des écoles spéciaux. Le pourcentage des élèves couverts par les soins de santé préventifs dans différents types d'écoles reste élevé et de pareil niveau.

5/ Education en matière de procréation

Conformément à la loi du 7 janvier 1993 sur le planning familial, la protection du fœtus et les conditions d'admissibilité de l'interruption de grossesse, le Ministre de l'éducation nationale garanti l'éducation sur la vie sexuelle de l'homme, les conditions d'une parenté consciente et responsable, la valeur de la famille, la vie à l'étape prénatale, les méthodes et moyens de la procréation consciente. Ces questions sont couvertes par un cycle de cours « Formation à la vie en famille » défini au règlement du Ministre de l'éducation nationale et du sport du 26 février 2002 relatif au programme-cadre d'éducation à l'école maternelle et d'éducation générale dans différents types d'écoles. Le programme-cadre est établi de façon à assurer l'éducation promouvant la famille et touchant différentes questions y compris les méthodes modernes du planning familial (parmi autres les méthodes permettant d'éviter la grossesse) ainsi que les maladies transmises par voie sexuelle (dont VIH/SIDA) et les modalités de leur prévention. En ce qui concerne la formation à la vie en famille, il revient à l'école d'intégrer la formation à l'école et dans la famille ainsi que de renforcer les relations correctes de l'enfant avec sa famille et de l'aider à adopter une attitude positive à la question de sexualité. La formation à la vie en famille a pour objet de démonter les valeurs de la famille pour l'individu et d'aider à se préparer à l'appréhension et l'acceptation des changements survenant durant la période de l'adolescence. L'enseignement englobe entre autres les questions suivantes :

- les liens familiaux, les relations sentimentales et autres relations au sein de la famille, les conflits et leur solution,
- le droit de l'homme à l'intimité et la protection de ce droit, attitudes assertives,
- la participation active à la vie familiale,
- la maternité et la paternité,
- la grossesse, l'accouchement, l'acceptation de l'enfant en tant qu'un nouveau membre de la famille,
- les stades de développement de l'homme,

- les différences et les similitudes entre garçons et filles, l'identification à son sexe, l'acceptation et le respect de son corps,
- le développement des relations interpersonnelles correctes,
- les informations de base sur le développement sexuel de l'homme : l'identité sexuelle - féminité et virilité,
- le planning familial, les méthodes de constater la fertilité, facteurs santé, psychologique et éthique,
- les infections transmises par voie sexuelle (SIDA) : voies de transmission de l'infection, prévention, aspect social.

L'enseignement englobe les questions concernant l'éducation sexuelle, y compris :

- l'incitation sexuelle, son conditionnement et ses suites, les arguments biomédicaux, psychologiques et moraux pour remettre à plus tard l'initiation sexuelle,
- l'essentiel de la sexualité de l'homme, ses aspects, l'intégration sexuelle,
- les méthodes de constater la fertilité,
- les méthodes et les moyens de contraception, leur fonctionnement et les principes guidant leur choix,
- les maladies transmises par voie sexuelle et la prévention du SIDA : la prévention, les aspects sociaux et éthiques, un malade du SIDA dans la famille,
- les normes de comportements sexuels, la violence et les crimes sexuels, les possibilités de la prévention, les moyens de se défendre, l'information sur l'aide psychologique, médicale et légale,
- la grossesse non planifiée, comment et où trouver de l'aide dans les situations difficiles,
- l'avortement comme menace pour la santé psychologique et physique : son aspect légal, médical et éthique,
- la violence en famille, l'exploitation sexuelle, la prévention, où trouver de l'aide,
- les menaces de la vie en communauté : alcoolisme, toxicomanie, agression, sectes, pornographie,
- la législation en matière de la famille,
- les consultations pour les adolescents et les consultations familiales.

La formation à la vie en famille au collège englobe les questions suivantes :

- le développement des relations correctes avec les parents, les conflits de générations : causes et solutions possibles, la responsabilité de tous de bonnes relations en famille, la famille incomplète,
- les relations interpersonnelles et leur importance,
- les comportements assertifs,
- le rôle des personnes ayant de l'autorité,
- les menaces durant la période de l'adolescence : la pression sexuelle, les addictions, la pornographie,
- la participation à la vie de sa famille,
- la défense contre l'influence destructive.

Dans les établissements d'enseignement secondaire (lycées, lycées techniques, établissements d'enseignement professionnel) la formation à la vie en famille a pour objet d'approfondir les connaissances concernant les fonctions de la famille, l'amour, l'amitié, les rôles à remplir par les conjoints et les parents, la sexualité de l'homme et la procréation, en plus elle a pour but de faire prendre conscience du rôle de la famille dans la vie de l'homme, d'informer sur les moyens efficaces de communication et de compréhension mutuelle. L'enseignement englobe entre autres les questions suivantes :

- la préparation au mariage, la question de fidélité, de confiance et de dialogue,

- les normes de comportements sexuels, les comportements sexuels atypiques, la violence et les crimes sexuels, la prévention, comment se défendre, l'information sur l'aide psychologique, médicale et légale.

Les questions concernant la procréation et l'éducation sexuelle sont présentes dans les programmes d'enseignement supérieur dans toutes les universités médicales. Celles-ci sont également prises en compte dans la formation post-universitaire visant la préparation du personnel médical aux consultations en matière du planning familial. La consultation a pour objet de donner des informations permettant de prendre les décisions avisées concernant la procréation.

6/ Lutte contre l'alcoolisme

Les orientations de la politique de lutte contre l'alcoolisme sont établies à la loi du 26 octobre 1982 relative à l'éducation à la sobriété et la lutte contre l'alcoolisme, dans le Programme national de la prévention et de la lutte contre les problèmes liés à l'alcool pour les années 2000–2005 et le Programme national de la prévention et de la lutte contre les problèmes liés à l'alcool pour les années 2006–2010.

Dans le cadre du Programme pour les années 2006–2010, les missions suivantes sont réalisées:

- le développement de l'éducation publique, avec la participation des médias, qui vise :
 - l'information sur les problèmes et les dommages ainsi que les comportements à risque liés à la consommation et l'abus d'alcool, les conséquences de ces comportements ainsi que les méthodes de traitement et de prévention des dommages pour la santé et la société,
 - la promotion d'un style de vie sain, de la sobriété et de l'abstinence,
- l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des programmes de prévention mises en oeuvre dans le milieu scolaire et adressés aux groupes spécifiques, en particulier les programmes pour:
 - parents, pour renforcer leurs compétences en tant que tuteurs de leur enfants,
 - vendeurs, au sujet de la responsabilité légale et éthique concernant le commerce de l'alcool,
- le contrôle de la publicité et de la promotion des boissons alcoolisées ainsi que la protection particulière des jeunes contre l'influence des mesures de marketing.
- le développement de la politique des impôts et des prix visant la réduction de la consommation des boissons alcoolisées ainsi que la modification de structure de leur consommation en faveur des boissons à taux d'alcool faible,
- le contrôle systématique de l'accessibilité de l'alcool, en particulier le respect de l'interdiction de la vente de l'alcool aux mineurs ainsi que l'augmentation de l'effectivité de la répression dans le cas de la violation des principes de concernant la commerce de boissons alcoolisées et de la vente illégale de l'alcool,
- la formation des professionnels dans les secteurs suivants : soins de santé, éducation, assistance sociale, justice, et la formation des leaders des communautés locales et des associations d'aide mutuelle dans le domaine des méthodes modernes de solution des problèmes liés à d'alcool,
- l'augmentation du nombre d'interventions des médecins et des infirmières dans le cadre des soins primaires, familiales et spécialisés fournis aux personnes dont la consommation de l'alcool est dangereuse et nuisible, en particulier la prise des mesures visant la limitation du phénomène de la consommation de l'alcool par les femmes enceintes, l'augmentation du personnel médical et d'étudiants en médecine formés de l'application de ces méthodes,

- l'amélioration de l'accessibilité et de l'efficacité des programmes de la thérapie et de la réadaptation pour les personnes dépendantes/personnes dont la consommation de l'alcool est nuisible et leurs membres de famille (adultes et enfants) qui en sont les victimes,
- la création des programmes pour les travailleurs visant la prévention de l'ivresse dans des lieux de travail ainsi que l'intervention par rapport aux personnes abusant de l'alcool,
- l'amélioration de l'accessibilité et de l'efficacité des programmes d'aide pour les victimes de la violence familiale, la mise en œuvre des programmes correctifs et de l'éducation ainsi que le développement et l'amélioration des procédures d'intervention dans les cas de violence en famille,
- l'augmentation du nombre et de l'efficacité des interventions par rapport aux conducteurs en état d'ivresse ainsi que l'introduction des programmes correctifs et de l'éducation pour les personnes arrêtées pour avoir conduit sous l'emprise de l'alcool et pour les récidivistes - des programmes de la thérapie, la modification des dispositions légales concernées,
- la mise en œuvre des principes du contrôle visant la réduction des conséquences destructives de comportements de personnes en état d'ivresse dans les lieux publics, y compris dans les stades et aux chemins de fer,
- le renforcement du potentiel des communautés locales contribuant au développement des mesures mis en œuvre dans le cadre des programmes de prévention et de solution de problèmes liés à l'alcool au niveau de gminas et de voïvodies, la création des réseaux de partenaires et de forums d'experts consacrés aux échanges d'informations et à l'amélioration de la coopération visant la solution de problèmes liés à l'alcool,
- le soutien aux mesures prises par les organisations non gouvernementales et les associations d'aide mutuelle, orientées vers la prévention et la réduction des dommages liées à l'alcool,
- la collection et la mise à la disposition des données, l'étude et le suivi des phénomènes en relation avec la consommation de l'alcool, l'analyse des coûts économiques et sociaux et de l'effectivité des mesures correctives et préventives.

Les mesures en ce qui concerne la prévention et la solution de problèmes liés à l'alcool sont menées par l'Agence nationale pour la solution des problèmes d'alcool (PARPA). Les informations sur les mesures prises au niveau local : voir la réponse à la question additionnelle no. 7 relative à l'article 11 alinéa 3.

7/ Lutte contre le tabagisme

La protection contre le risque de maladies tabagiques est réalisée en vertu :

- 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,
- du règlement du Ministre de la santé du 24 février 2004 relatif à l'analyse de la teneur de certaines substances contenues dans la fumée du tabac ainsi que les informations et les avertissements à faire figurer sur les unités de conditionnement des produits du tabac,

ainsi que dans le cadre du Programme de la réduction des conséquences du tabagisme pour la santé en Pologne.

La réalisation du Programme qui dans les années 1997-2001 a contribué à une réduction significative de la fréquence du tabagisme, mais les années 2002-2007 son étendue a été limitée à cause des moyens financiers limités. Par conséquent, la baisse de la consommation du tabac et de la mortalité à cause des maladies tabagiques a été arrêtée.

Dans les années 2003-2007 les dispositions concernant la production et le commerce des produits du tabac ont été modifiées radicalement:

- on a introduit l'interdiction de l'utilisation de toutes les communications (verbales ou graphiques) qui suggéreraient qu'un produit du tabac donné est moins nuisible que les autres,

- on a introduit l'interdiction d'ajouter aux produits du tabac des substances qui renforcent l'addiction au tabac,
- l'Internet a été couvert par l'interdiction de la publicité des produits du tabac,
- la teneur admissible des substances nuisibles contenues dans la fumée du tabac a été réduite à 10 mg de goudron, 10 mg de monoxyde de carbone, 1 mg de nicotine par cigarette,
- les avertissements sur les unités de conditionnement des produits du tabac ont été modifiées (coloris blanc et noir, 14 avertissements supplémentaires).

Le programme pour les années 2008-2011 a été élaboré ; il a pour objet de réduire la fréquence des maladies tabagiques (maladies du système cardio-vasculaire, néoplasmes malignes, maladies de l'appareil respiratoire autres que néoplasmes) par la limitation de l'exposition à la fumée du tabac :

- l'augmentation du pourcentage des personnes qui n'ont jamais fumé, y compris :
 - des enfants et des adolescents - de 65 % à 75 %,
 - des personnes entrant dans la vie adulte (20 – 29 ans) - des hommes – de 45 % à 55 %, des femmes – de 64 % à 75 %,
- l'augmentation du pourcentage des adolescents (16–19 ans) qui ont abandonné le tabac,
- la réduction du pourcentage des personnes de plus de 20 ans qui fument quotidiennement :
 - des hommes - de 34 % à 25 %,
 - des femmes - de 23 % à 15 %,
- la limitation de l'exposition des personnes non fumeurs, avant tout des enfants, à l'inhalation forcée de la fumée du tabac.

Pour atteindre ces objectifs, les mesures éducatives et les campagnes sont prévues qui encouragent les communautés locales à généraliser un style de vie libre de la fumée du tabac et à respecter le droit à la protection contre l'exposition aux maladies tabagiques. Ces mesures seront renforcées par les dispositions légales qui élargiront l'espace public libre de la fumée du tabac. Les missions du programme seront financées par le budget d'État (en 2008 : 1 million de zloty) et aussi avec des ressources des autorités locales.

Les informations sur les mesures au niveau local : voir la réponse à la question additionnelle no. 7 relative à l'article 11 alinéa 3.

8/ Lutte contre la toxicomanie

La politique de lutte contre la toxicomanie est établie dans les textes législatifs et les documents suivants :

- la loi du 29 juillet 2005 relative à la lutte contre la toxicomanie qui a remplacé la loi du 24 avril 1997 sur la lutte contre la toxicomanie,
- Le Programme national pour la lutte contre la toxicomanie pour les années 2002-2005,
- Le Programme national pour la lutte contre la toxicomanie pour les années 2006-2010.

Le Programme national pour la lutte contre la toxicomanie mise en oeuvre à présent établit les missions dans le domaine de la prévention, du traitement, de la réadaptation, de la réintégration sociale et de la coopération internationale :

- le renforcement de la participation de l'administration gouvernementale à la lutte contre la toxicomanie et à la promotion du développement de la politique locale de lutte contre la toxicomanie,
- la conception et la mise en oeuvre des programmes au niveau national en vue de limiter la demande des drogues,
- la propagation des initiatives dans le domaine de la prévention primaire de la toxicomanie, de celles, en particulier, qui sont novatrices,

- la propagation des initiatives dans le domaine de la prévention secondaire, de celles, en particulier, qui sont novatrices, adressées à différents groupes cibles, avant tous aux enfants et aux adolescents menacés par la toxicomanie,
 - l'organisation des cours de formation dans le domaine de la limitation de la demande des drogues et de la création des stratégies préventives, pour les représentants des autorités locales, les institutions de l'administration gouvernementale et les organisations non gouvernementales ainsi que le personnel des écoles et d'autres établissements du système d'enseignement, des établissements pénitentiaires pour mineurs, de la police, des prisons et de l'armée,
 - la propagation de la connaissance des standards applicables aux programmes et stratégies préventives ainsi que les méthodes de leur évaluation,
 - la conception et la mise en œuvre du système de recommandation des programmes préventifs qui prennent en compte la question de la toxicomanie, sur la base des critères du programme EDDRA (*Exchange Drug Demand Reduction Action*),
 - la conception et la diffusion du matériel d'information et éducatif dans le domaine de la promotion de la santé et la prévention de la toxicomanie,
 - l'organisation des campagnes éducatives,
 - la coopération avec les médias dans le domaine de la diffusion du savoir sur la toxicomanie et les problèmes afférents,
 - l'introduction aux programmes des études supérieures des questions qui relèvent de la prévention de la toxicomanie et du traitement des personnes dépendantes,
- tandis que dans le domaine de la réadaptation, de la limitation des dommages pour la santé et de la réintégration sociale :
- la continuation des travaux sur la conception des standards de traitement, de réadaptation et des programmes de limitation des dommages pour la santé par une équipe d'experts instaurée par le ministre compétent pour de la santé, en coopération avec l'unité responsable de l'accréditation des établissements de santé,
 - la conception et la mise en œuvre, en coopération avec l'unité responsable de l'accréditation des établissements de santé, du système d'accréditation des établissements habilités au traitement et à la réadaptation des personnes dépendantes des substances psychoactives et des personnes qui les prennent d'une façon nuisible à la santé,
 - la mise en œuvre des programmes d'évaluation des services de traitement, de réadaptation et des programmes de limitation des dommages pour la santé,
 - la diffusion des informations sur les établissements de traitement et de réadaptation qui mettent en œuvre les programmes de limitation des dommages pour la santé et les programmes de la réintégration sociale,
 - le développement du traitement médical ambulatoire et de réadaptation de la dépendance des drogues ou leur application nuisible ainsi que des programmes de limitation des dommages pour la santé,
 - la conception du modèle d'un réseau recommandé qui satisfait aux besoins minimaux dans le domaine du traitement et de la réadaptation des personnes dépendantes des drogues et des personnes qui les prennent d'une façon nuisible à la santé,
 - l'augmentation du nombre de programmes du traitement substitutif ainsi que du nombre de services de manière à garantir l'accessibilité de ces programmes à 20 % dépendants des opiacés au minimum,
 - l'augmentation du nombre et de la diversité des programmes du traitement spécialisé, y compris du traitement substitutif, de la réadaptation et de la réduction des dommages pour les personnes dépendantes des drogues dans les prisons et les établissements pénitentiaires pour mineurs,

- l'augmentation de l'accessibilité des programmes du traitement et de la prévention des maladies infectieuses,
- la mise en oeuvre des programmes de formation pour le spécialiste et l'instructeur en thérapie de dépendance des drogues,
- les cours de formation dans le domaine des problèmes causés par les drogues, en particulier pour les médecins dispensant les soins primaires, les médecins spécialisés en médecine familiale, les médecins spécialisés en maladies infectieuses, en pédiatrie, en obstétrique et pour les infirmières,
- les cours de formation dans le domaine de la limitation des dommages pour la santé,
- la diffusion du savoir sur le traitement, la réadaptation et la limitation des dommages pour la santé, entre autres par la publication du matériel d'information et éducatif.

Le Programme national pour la lutte contre la toxicomanie pour les années 2006-2010 établit également les orientations de l'action pour:

- freiner le rythme de la croissance de la production illégale des drogues synthétiques, des précurseurs et des drogues fabriqués sur base des ressources naturelles,
- freiner le rythme de la croissance du trafic de drogues et des précurseurs vers le marché intérieur,
- la diminution du commerce de détail des drogues,
- l'amélioration de la coordination de la procédure de lutte contre le secteur des drogues illicites,
- le renforcement de mesures visant la destruction de la structure financière du secteur des drogues.

Le coût de réalisation du Programme s'est chiffré à 320.533.570 złoty en 2006.

Les informations sur les mesures au niveau local : voir la réponse à la question additionnelle no. 7 relative à l'article 11 alinéa 3.

3/ Prière de fournir toutes statistiques ou autres informations pertinentes, y compris sur les services de consultation et de dépistage en milieu scolaire et pour le reste de la population.

Les tests de dépistage, c'est à dire l'identification préliminaire de maladies non diagnostiquées jusqu'à présent ou de troubles chez les enfants et adolescents en âge scolaire sont effectués à l'école par les infirmières dans des écoles ou par les assistantes d'hygiène scolaire. Ils constituent un élément important de la prévention secondaire et ils visent à détecter les troubles les plus fréquentes du développement et de l'état de santé dans les groupes d'âge donnés dans lesquels ces troubles se manifestent le plus souvent ou s'aggravent. La mise en œuvre des tests de dépistage est réglée par les règlements du Ministre de la santé du :

- 22 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,
- 22 décembre 2004 relatif à la portée et l'organisation des soins médicaux préventifs pour les enfants et adolescents.

Pourcentage d'élèves chez qui les tests de dépistage ont été effectués

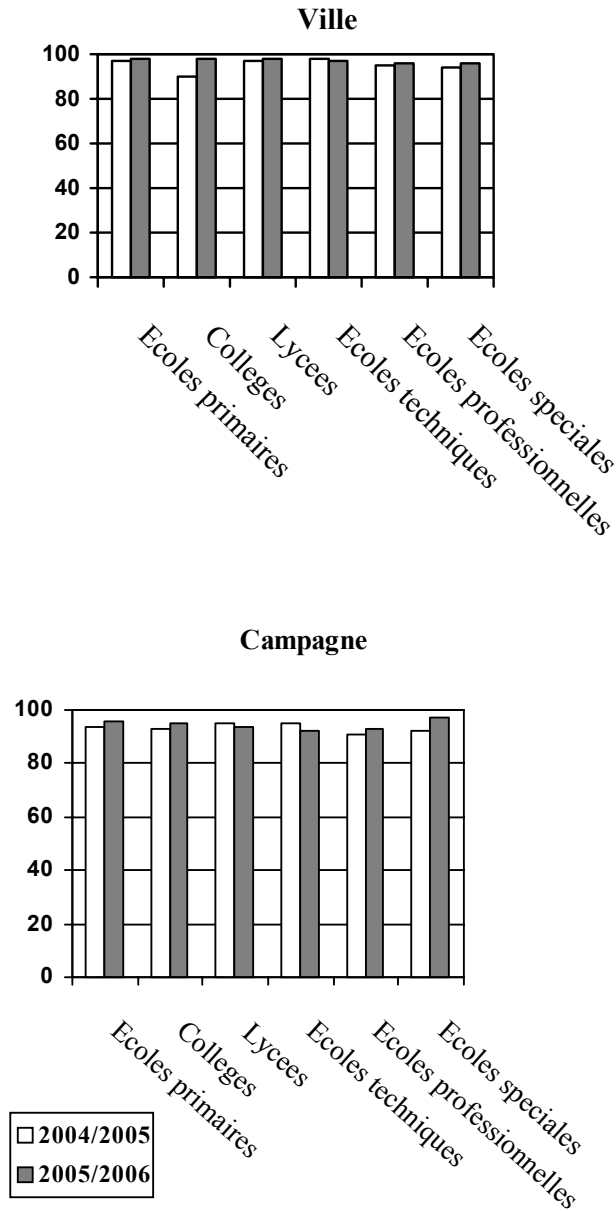
Année scolaire	Ville				Campagne			
	Écoles primaires	Collèges	Établissements d'enseignement secondaire	Écoles d'enseignement spécialisé	Écoles primaires	Collèges	Établissements d'enseignement secondaire	Écoles d'enseignement spécialisé
2004/2005	97	90	97/98/95 ¹	94	94	93	95/95/91 ¹	92
2005/2006	98	98	98/97/96	96	96	95	94/92/93	97

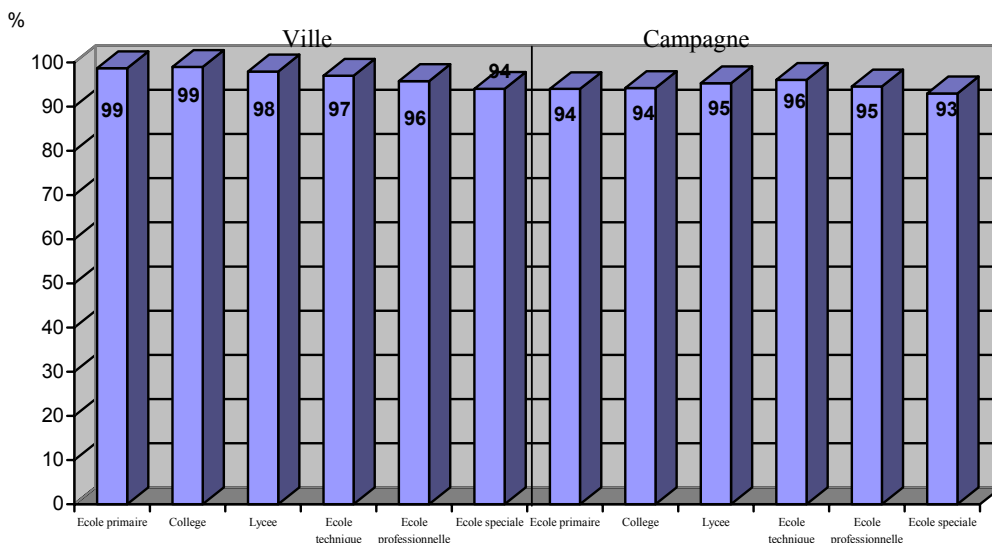
2006/2007	99	99	98/97/96	94	94	94	95/96/95	93
-----------	----	----	----------	----	----	----	----------	----

La première position correspond au pourcentage des élèves soumis aux tests aux lycées, la deuxième aux lycées techniques et la troisième aux établissements d'enseignement professionnel.

Elèves chez qui les tests de dépistage ont été effectués pendant les années scolaires

2004/2005 i 2005/2006





2006/2007

Les statistiques concernant la consommation de l'alcool et du tabac : voir la réponse à la question no. 3 relative à l'article 11 alinéa 3.

Questions additionnelles

1/ Est-ce que l'éducation sexuelle est assurée d'une façon permanente/régulière dans le cadre des programmes scolaires ou bien est-elle sporadique et est-ce qu'elle est présente dans tout le pays.

Conformément au règlement du Ministre de l'éducation nationale du 12 août 1999 relatif à la méthode d'enseigner aux écoles et la portée des programmes d'éducation sur la vie sexuelle de l'homme, les principes d'une parenté consciente et responsable, la valeur de la famille, la vie à l'étape prénatale, les méthodes et mesures de la procréation consciente inclus dans le programme-cadre d'éducation générale, les cours en la matière sont organisés de la cinquième classe de l'école primaire jusqu'à la troisième classe de l'établissement d'enseignement secondaire incluse, dans tous les types d'établissements. La réalisation de ces cours est obligatoire pour tous les types d'établissements. Il résulte de l'étude menée dans le cadre de la surveillance pédagogique des établissements d'enseignement publics et non publics que les établissements réalisent les cours éducatifs « formation à la vie en famille » d'une façon correcte, de plus toutes les écoles assument ces cours.

La participation des élèves aux cours n'est pas obligatoire. Les cours ne sont pas évalués, la mention de la participation aux cours n'est pas faite sur le certificat d'études.

Les parents des élèves mineurs décident de leur participation après avoir pris connaissance du programme, les élèves en âge de majorité légale prennent leurs décisions par eux-mêmes. Chaque année scolaire, avant la rentrée, la rencontre d'information avec les parents ou les élèves en âge de majorité légale est organisée une fois au moins. Elle vise à donner des informations sur le programme, les manuels et les moyens didactiques.

Quelques 80% des élèves participent aux cours. Les autres n'y participent pas puisque les parents n'ont pas donné leur accord (dans le cas des élèves mineurs) ou qu'ils n'en veulent pas (les élèves en âge de majorité légale). Le plus d'élèves participent aux cours aux collèges (presque 92%).

2/ Est-ce que les programmes de l'éducation de la société concernant un mode de vie sain sont réalisés dans tout le pays (les informations sur leur mise en oeuvre, les régions où ces programmes sont réalisés).

Le Programme national pour la lutte contre la surcharge pondérale et l'obésité ainsi que les maladies non infectieuses chroniques par l'amélioration de la nutrition et l'activité physique pour les années 2007-2011, le Programme national pour la prophylaxie et le traitement des maladies du système cardio-vasculaire pour les années 2003-2005 (POLKARD), le Programme national pour la prophylaxie et le traitement des maladies du système cardio-vasculaire pour les années 2006-2008 (POLKARD) ainsi que d'autres programmes qui prévoient les mesures préventives, en particulier la promotion d'un mode de vie sain sont réalisés sur le territoire de tout le pays.

3/ Les informations sur la mise en oeuvre du règlement du Ministre de la santé du 20 avril 2003 relatif à la liste des tests diagnostiques nécessaires pour fournir des soins de santé dans le cadre des soins primaires, y compris les types d'examen préventifs menés.

Le règlement du Ministre de la santé du 20 avril 2003 relatif à la liste des tests diagnostiques... a été abrogé le 1 octobre 2004. La liste des tests diagnostiques prescrits par le médecin dispensant les soins primaires, nécessaires pour fournir des soins de santé dans le cadre des soins primaires, a été établie au règlement du Président du Fonds national pour la santé n° 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 comme les soins primaires (l'annexe 2 au règlement). La liste des tests incluse dans le règlement est même que la liste des tests établie au règlement abrogé.

ARTICLE 11 ALINEA 3

1/ Pour les Etats qui n'ont accepté ni l'alinéa 1 ni l'alinéa 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 prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en oeuvre la politique de santé publique et le cadre juridique.

Les informations concernant la pollution de l'air, l'eau potable, le rayonnement ionisant, le bruit, la sécurité des aliments, la lutte contre les épidémies et les mesures au cas de l'apparition des épidémies, la vaccination préventive: voir la réponse aux questions additionnelles.

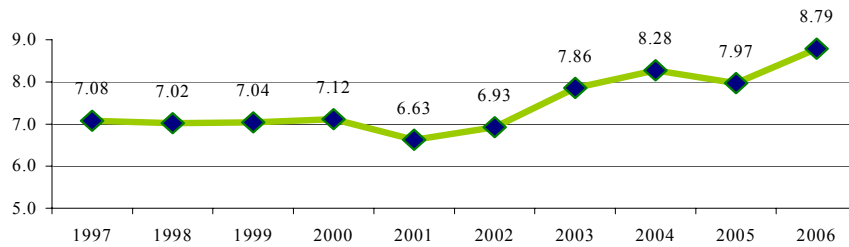
3/ Prière de fournir toutes statistiques ou autres informations pertinentes sur la proportion de fumeurs par rapport à l'ensemble de la population, sur l'évolution de la consommation d'alcool, ainsi que sur les taux de couvertures vaccinales pour maladies infectieuses et épidémiques.

La lutte contre l'alcoolisme

Les recettes et les dépenses des voïvodies pour la solution des problèmes liés à d'alcool
(en zloty)

	2003	2004	2005	2006	2007
Recettes	41 688 816	19 715 271	41 597 280	20 892 220	42 367 802
Dépenses	23 261 927	21 240 414	27 754 983	25 261 975	33 970 140

Consommation de l'alcool 100% au cours de 10 dernières années par personne, en litres



Consommation du tabac (adultes)

	2002-2003	2004	2006
Hommes			
fumant quotidiennement	38,9%	28%	37%
fumeurs occasionnels	2,7%	5%	2%
ex-fumeurs	21,4%	21%	23%
n'ayant fumé jamais	37%	35%	39%
Femmes			
fumant quotidiennement	24,6%	26%	23%
fumeurs occasionnels	1,7%	2%	2%
ex-fumeurs	11,5%	10%	13%
n'ayant fumé jamais	62,2%	61%	63%

Personnes âgées de 15 ans et plus selon les informations sur la consommation de l'alcool et du tabac

		Sexe			Age			
		Total	Hommes	Femmes	15-29	30-44	45-59	60 ans et plus
		en %						
		Consommation de l'alcool a/						
Buveurs d'alcool	1996	70,1	81,6	59,6	64,6	85,3	75,4	50,1
	2004	74,9	83,3	67,2	71,1	87,4	82,6	56,1
y compris ceux qui boivent de l'alcool plus qu'une fois par semaine	1996	11,6	19,8	4,1	9,8	16,5	12,7	5,8
	2004	16,8	26,1	8,2	16,2	21,9	18,6	9,2
Non buveurs	1996	29,9	18,4	40,4	35,4	14,7	24,6	49,9
	2004	24,7	16,4	32,3	28,4	12,4	17,2	43,4
		Consommation du tabac (adultes)						
Fumeurs de tabac	1996	35,3	47,3	24,5	29,3	50,6	39,3	17,4
	2004	30,3	38,0	23,1	26,6	39,3	39,1	13,6
y compris fumant quotidiennement	1996	29,6	40,9	19,4	22,5	43,5	34,3	14,5
	2004	26,3	33,9	19,3	20,8	34,7	35,6	12,5
y compris 20 cigarettes au moins	1996	16,3	26,0	7,5	9,2	25,7	21,6	7,4
	2004	13,4	20,3	7,0	7,0	19,3	20,7	6,1
Anciens fumeurs	1996	15,0	19,4	11,1	7,9	15,3	18,8	20,6
	2004	18,1	22,3	14,2	8,7	17,5	23,6	25,4
N'ayant fumé jamais	1996	48,7	32,3	63,6	60,8	33,6	41,6	61,2
	2004	51,0	39,1	61,9	64,0	42,8	36,8	60,1

a. Au cours de 12 mois, jusqu'à la date de l'étude, même s'il ne s'agit que des moindres quantités, un verre de vin par exemple.

Lutte contre la toxicomanie

Prise de différentes substances à un moment de la vie (16-64 ans)

Error! Objects cannot be created from editing field codes.

Odsetki badanych	- Le pourcentage des enquêtés
Konopie	- Chanvre
Amfetamina	- Amphétamine
LSD	- LSD
Crack	- Crack
Kokaina	- Cocaïne
Heroina	- Héroïne
Extasy	- Ecstasy
Sterydy anaboliczne	- Stéroïdes anaboliques
Kompot	- Kompot (héroïne locale)
Grzyby	- Champignons

Prise de différentes substances pendant 12 mois (16-64 ans)

Error! Objects cannot be created from editing field codes.

Odsetki badanych	- Le pourcentage des enquêtés
Konopie	- Chanvre
Amfetamina	- Amphétamine
LSD	- LSD
Crack	- Crack
Kokaina	- Cocaïne
Heroina	- Héroïne
Extasy	- Ecstasy
Sterydy anaboliczne	- Stéroïdes anaboliques
Kompot	- Kompot (héroïne locale)
Grzyby	- Champignons

Pourcentage des élèves de 17-18 ans qui ont pris différentes substances au moins une fois dans leur vie

Error! Objects cannot be created from editing field codes.

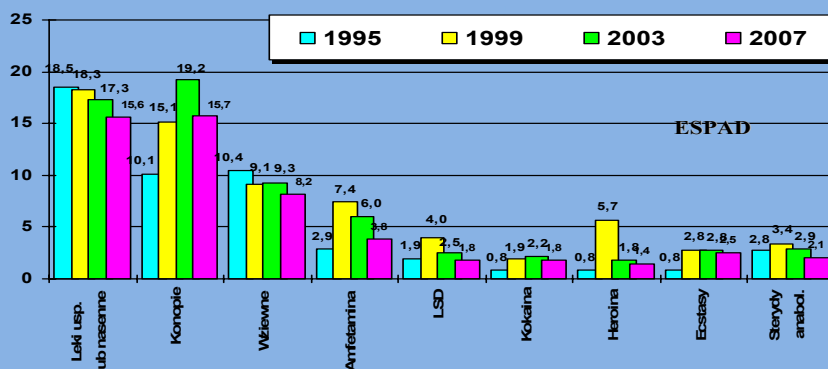
Leki uspokajające lub nasenne	- Tranquillisants ou somnifères
Konopie	- Chanvre
Wziewne	- Inhalants
Amfetamina	- Amphétamine
LSD	- LSD
Kokaina	- Cocaïne
Heroina	- Héroïne
Extasy	- Ecstasy
Sterydy anaboliczne	- Stéroïdes anaboliques

Pourcentage des élèves de 15-16 ans qui ont pris différentes substances au moins une fois dans leur vie

Piotr Jabłoński, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii



Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali poszczególnych środków chociaż raz w swoim życiu



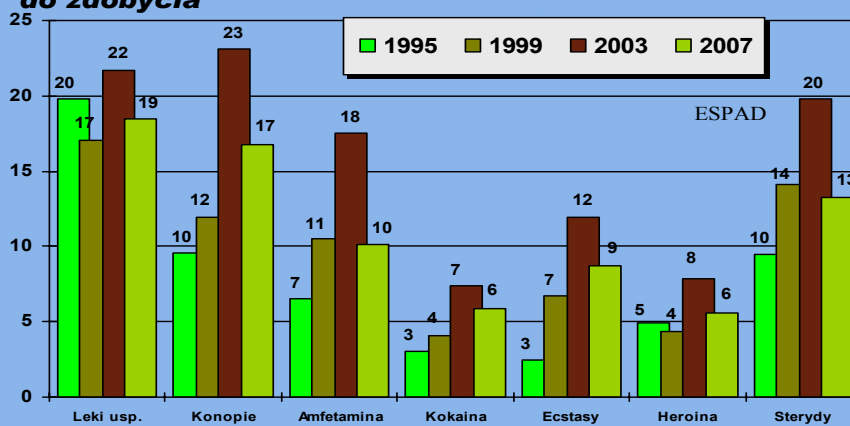
- | | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| Leki uspokajające lub nasenne | - Tranquillisants ou somnifères |
| Konopie | - Chanvre |
| Wziewne | - Inhalants |
| Amfetamina | - Amphétamine |
| LSD | - LSD |
| Kokaina | - Cocaïne |
| Heroina | - Héroïne |
| Ekstazy | - Ecstasy |
| Sterydy anaboliczne | - Stéroïdes anaboliques |

Pourcentage des élèves de 17-18 ans qui ont trouvé différentes substances très faciles à acquérir

Piotr Jabłoński, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii



Odsetki uczniów w wieku 17-18 lat, którzy uznali poszczególne substancje za bardzo łatwe do zdobycia



- | | |
|-------------------|-------------------|
| Leki uspokajające | - Tranquillisants |
| Konopia | - Chanvre |
| Amfetamina | - Amphétamine |
| Kokaina | - Cocaïne |

Extasy	- Ecstasy
Heroína	- Héroïne
Sterydy	- Stéroïdes

Pourcentage des élèves de 15-16 ans qui ont trouvé différentes substances très faciles à acquérir

Error! Objects cannot be created from editing field codes.Error! Objects cannot be created from editing field codes.

Leki uspokajające	- Tranquillisants
Konopie	- Chanvre
Amfetamina	- Amphétamine
Kokaina	- Cocaïne
Extasy	- Ecstasy
Heroína	- Héroïne
Sterydy	- Stéroïdes

Personnes admises au traitement hospitalier à cause des problèmes de drogue

Error! Objects cannot be created from editing field codes.Error! Objects cannot be created from editing field codes.

Index 1990=100	Index 1990=100
Ogółem	Total
Pierwszorazowi	Personnes admises pour la première fois

Le nombre de décès à cause de la toxicomanie
Error! Objects cannot be created from editing field codes.
(zgony wg kodów...) (décès selon les codes...)

Vaccination préventive

	2003	2004	2005	2006	2007
Contre la tuberculose : nourrissons vaccinés avec le vaccin BCG (au cours de la première année)	93,5	94,1	94,4	93,7	93,3
Contre la diphtérie/le tétanos, au cours de la :					
2 ^e année : vaccination originaire	98,5	98,7	98,8	99,0	98,9
3 ^e année : vaccination de base (totale)	94,8	95,0	95,8	96,0	96,1
7 ^e année : 1 ^{ère} vaccination de rappel	96,8	96,5	96,5	96,2	95,9
15 ^e année : 2 ^e vaccination de rappel	98,1	97,9	98,0	97,7	97,5
20 ^e année : 3 ^e vaccination de rappel	94,0	93,7	93,4	93,2	92,9
Contre la coqueluche, au cours de la :					
2 ^e année : vaccination originaire	98,5	98,7	98,8	98,9	98,9
3 ^e année : vaccination de base (totale)	94,7	95,0	95,8	96,0	96,0
7 ^e année : vaccination de rappel	x	18,1	93,0	96,1	95,8
Contre la rougeole, au cours de la :					
3 ^e année : vaccination de base	97,5	97,4	98,2	98,2	98,3
11 ^e année : vaccination de rappel*	96,8	95,6	90,4	98,9	98,4
Contre la rougeole/les oreillons/la rubéole, au cours de la :					
3 ^e année : vaccination de base	39,1	48,5	90,5	98,1	98,3
11 ^e année : vaccination de rappel	x	x	x	21,2	41,3
Contre la poliomyélite, au cours de la :					
2 ^e année : vaccination originaire	97,9	98,5	98,8	99,0	98,9
3 ^e année : vaccination de base (totale)	94,6	95,0	95,8	96,0	96,0
7 ^e année : vaccination de rappel	96,8	96,2	96,5	96,1	95,8
Contre l'hépatite B, au cours de la :					
2 ^e année : vaccination originaire	99,8	99,8	99,8	99,9	99,8
3 ^e année : vaccination de base (totale)	99,3	99,5	99,5	99,6	99,6
Contre les infections à haemophilus influenzae, au cours de :					
2 ^e année : vaccination de base	x	x	21,7	30,8	49,1
Contre la rubéole : les filles de 14 ans	98,5	98,4	98,1	97,7	98,0
* L'état de vaccination à l'âge de 8 ans jusqu'à 2005					

Questions additionnelles

1/ Informations concernant les contrôles de pollution atmosphérique (nombre) et leurs résultats. La coordination de surveillance de la pollution atmosphérique et des mesures prises au niveau national et local.

En vertu de la loi du 27 avril 2001 Droit de la protection de l'environnement, l'inspecteur de la protection de l'environnement de voïvodie est chargé de la surveillance de la qualité d'air. Le système de surveillance de la qualité d'air au niveau de la voïvodie comprend, en fonction des besoins, les stations de mesure équipées proprement, fixes ou mobiles (desservies par le WIOŚ – Inspectorat de voïvodie pour la protection de l'environnement, les stations sanitaires et épidémiologiques et d'autres acteurs). Par ailleurs, pour effectuer l'évaluation, diverses méthodes estimatives, telle la modélisation mathématique sont utilisées. Pour effectuer l'évaluation de la qualité d'air, les résultats concernant la teneur en polluants, provenant des analyses faites par les stations sanitaires et épidémiologiques régionales.

Prenant comme base les données recueillies, une estimation des niveaux des substances dans l'air dans une région est effectuée annuellement. Il en est de même pour le classement des zones, selon les critères prévus dans le règlement du Ministre de l'environnement du 3 mars 2008 relatif aux niveaux de certaines substances dans l'air (ce règlement a remplacé le règlement du Ministre de l'environnement du 6 juin 2002 sur les niveaux admissibles de certaines substances dans l'air, les niveaux d'alerte pour certaines substances et les seuils de tolérance). Si l'évaluation démontre que dans une zone examinée les standards de la qualité d'air ne sont pas observés, alors le maréchal de la voïvodie (jusqu'au 31 décembre 2007, le voïvode) arrête le programme de protection de l'air dans cette zone, la mise en œuvre duquel doit assurer des standards de la qualité de l'air prévus par la loi.

Les inspecteurs de voïvodie ont effectué une première évaluation de la qualité de l'air pour 2002. En 2003, pour la première fois la surveillance de l'air a été menée conformément aux nouvelles dispositions en la matière, fondées sur la directive 96/62/WE traitant de l'évaluation et la gestion de la qualité de l'air environnant et des directives d'application qui y sont liées. En vertu de la directive et de 4 directives filles, pour l'évaluation annuelle de la qualité de l'air vérifiant l'observation des critères définis dans le but de la protection de la santé, on prend en considération : SO₂, NO₂, PM₁₀, Pb, C₆H₆, CO, O₃, et à partir de 2007 également des métaux lourds (As, Cd, Ni) et du benzopyrène. A partir de 2004, les résultats de l'évaluation de la qualité de l'air sont transmises à la Commission européenne.

Les liens entre les niveaux de concentration de la pollution, obtenus par la suite de l'évaluation annuelle, et les classes des zones et actions requises, dans les cas où la marge de tolérance est définie et sa valeur ne l'est pas, sont démontrés dans les tableaux.

Les classes des zones et les actions à entreprendre, en fonction de niveaux de concentration de la pollution, se basant sur les résultats de l'évaluation annuelle de la qualité de l'air, pour les cas avec lesquels la marge de tolérance définie

Zone de classe	Niveau de concentration	Actions requises
A	Inférieur à la limite maximale admissible ou à la limite à atteindre ¹⁾	Néant
B ²⁾	Supérieur à la limite admissible ou à la limite à atteindre ¹⁾ mais pas supérieur à la limite admissible agrandie de la marge de tolérance	Définition des zones du dépassement des limites admissibles
C	Supérieur à la limite admissible agrandie de marge de tolérance ¹⁾ ou à la limite à atteindre	Définition des zones du dépassement des limites admissibles et des limites admissibles agrandis de marge de tolérance Élaboration du programme de protection de l'air (POP)

¹⁾ Tenant compte de fréquences admissibles des dépassements prévues par le règlement du Ministre de l'environnement du 3 mars 2008 relatif aux niveaux de certaines substances dans l'air.

²⁾ A présent la classe B peut être souscrite uniquement à ces polluants pour lesquels il y a la marge de tolérance, à savoir NO₂ i C₆H₆

Les classes des zones et les actions à entreprendre, en fonction de niveaux de concentration de la pollution, sur base des résultats de l'évaluation annuelle de la qualité de l'air, pour les cas avec la marge de tolérance non définie

Zone de classe	Niveau de concentration	Actions requises
A	Inférieur à la limite admissible ¹⁾	Néant
C	Supérieur à la limite admissible ¹⁾	Définition des zones du dépassement des limites admissibles Actions visant à l'amélioration de la qualité de l'air, élaboration du programme de protection de l'air (POP)

¹⁾ Tenant compte de fréquences admissibles prévues par le règlement du Ministre de l'environnement du 3 mars 2008, relatif aux niveaux de certaines substances dans l'air.

Le nombre de zones dans les années 2002-2006 était de 362. Souscrire une zone à la classe C pour un polluant donné, signifie la qualifier à l'élaboration du programme de la protection de l'air. Le nombre de zones, qualifiées comme appartenant à la classe C en raison du dépassement du critère de la concentration de la poussière PM10 était de 13 en 2002, de 18 en 2003, de 24 en 2004, de 79 en 2005, de 99 en 2006. L'année 2006 était particulièrement défavorable quant aux conditions météorologiques (les anticyclones qui se maintenaient pendant plusieurs jours et les silences qui s'y accompagnaient, ainsi que des températures très basses). Les données pour l'année 2007 seront connues dans le 4^e trimestre de l'année 2008.

Parmi les raisons de l'augmentation du nombre des zones pour lesquelles les programmes de protection de l'air sont élaborés, il y a la valeur zéro de la marge de tolérance pour la poussière PM10, adoptée en 2005. Dans un grand nombre de zones la baisse des standards en la matière de la concentration a résulté en la constatation de leur dépassement. Cela concerne notamment les concentrations de 24 heures de PM10, pour lesquelles les standards en vigueur (limite admissible avec un nombre précis des dépassements) sont considérés comme difficiles à maintenir.

En vertu de la loi Droit de la protection de l'environnement, l'Inspecteur Général de la Protection de l'Environnement est chargé de surveiller l'établissement, par l'inspecteur de la protection de l'environnement au niveau de voïvodie, de la procédure de l'évaluation de la qualité de l'air, et d'effectuer l'évaluation de la qualité de l'air, le classement des zones, et de gérer les actions afin de garantir la qualité des mesures et évaluations.

L'Inspection de la Protection de l'Environnement vérifie l'observation des limites d'émissions admissibles par les personnes qui gèrent les installations, ces limites étant définies dans l'autorisation de l'introduction de gaz ou de poussières dans l'atmosphère, ou dans l'autorisation intégrée (l'autorisation intégrée est applicable pour de grandes sources de combustion des carburants et de combustion des déchets). IOS a vérifié :

- en 2003 – 2.661 acteurs, dans le cas de 1.238 acteurs une violation des exigences a été constatée,
- en 2004 – 3.271 acteurs, dans le cas de 1.274 acteurs, une violation des exigences a été constatée.

Pour la période 2005-2007 les données ne sont pas encore disponibles.

L'IOŚ surveille la qualité de l'air en s'appuyant sur les données produites par la Surveillance Nationale de l'Environnement (Państwowy Monitoring Środowiska). Le réseau de surveillance de la concentration de la poussière, du dioxyde de soufre et du dioxyde d'azote, englobe 224 gminas (plus de 200 villes et la plupart de stations thermales). La concentration des autres polluants était mesurée dans les localités dans lesquelles il y avait des sources

d'émission qui pouvaient impliquer la présence des concentrations dans l'air dépassant les valeurs admissibles.

Le niveau le plus élevé de la pollution de l'air a été noté en 2007, comme dans les années précédentes, dans la région de Silésie. Cela résulte d'une grande concentration de sources d'émission industrielles et énergétiques dans la région (mines de charbon, centrales électriques). Le niveau de la pollution de l'air dans les stations thermales a baissé.

Tenant compte de standards actuels de la qualité de l'air, les pollutions énergétiques constituent un problème à traiter prioritairement. La concentration de ces polluants dépend, dans une grande mesure, des conditions météorologiques.

Actions qui suivent le contrôle

1/ Peines pécuniaires

En vertu de la Droit de la protection de l'environnement, l'inspecteur de la protection de l'environnement au niveau de voïvodie inflige, sur base d'une décision, les peines pécuniaires suite aux dépassements, définis dans des autorisations, dont il est question dans la loi, des quantités ou des genres des gaz ou des poussières émis dans l'air. L'inspecteur décide du montant de la sanction courante, ensuite prend la décision sur l'attribution de la peine pour une période jusqu'à l'extinction du dépassement, ou pour une période jusqu'au 31 décembre chaque année, si le dépassement n'est pas supprimée jusqu'à cette date.

Décisions concernant les dépassements des quantités ou genres admissibles
des poussières ou gaz émis dans l'air

	Décisions sur la sanction courante	Décision sur la période du dépassement
2003	757	390
2004	610	326
2005	369	215
2006	227	143
2007	216	113

2/ La suspension de l'activité ou de l'utilisation de l'installation qui viole les standards portant sur la protection de l'environnement

Si l'activité menée par un acteur profitant de l'environnement ou par une personne physique provoque une détérioration de l'état de l'environnement dans une mesure considérable ou constitue une menace à la vie ou à la santé des personnes, l'inspecteur de la protection de l'environnement au niveau de voïvodie délivre une décision sur la suspension de l'activité dans l'étendue qui est nécessaire pour prévenir la détérioration de l'état de l'environnement. La prise de cette démarche est obligatoire. Si le contrôle démontre une violation des standards qui portent sur la protection de l'environnement, mais il n'y a pas de modalités mentionnées ci-dessus, l'inspecteur de la protection de l'environnement peut prendre la décision sur la suspension du fonctionnement de l'installation et fixer un délai pour l'élimination de la violation.

Les décisions concernant la suspension du fonctionnement de l'installation ou bien de la suspension de l'activité en matière de la protection de l'air

2003	2004	2005	2006	2007
11	9	6	11	3

2/ Les dispositions légales et les solutions en matière de la surveillance, concernant l'eau potable. Est-ce que l'établissement de la liste des lieux de la décharge des substances dangereuses a été achevée? Les questions ont rapport avec les remarques de la Commission Européenne présentées dans le *Comprehensive Monitoring Report on Poland's Preparations for Membership, 5 November 2003*, www.europa.eu.int.

Les dispositions légales et les solutions en matière de la surveillance, concernant l'eau potable:

- la loi du 7 juin 2001 relative au approvisionnement collectif en eau et l'évacuation collective des eaux usées,
- règlement du Ministre de la santé du 29 mars 2007 portant sur la qualité de l'eau potable implémentant la directive 98/83/WE sur la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine.

La surveillance des entreprises qui produisent l'eau destinée à la consommation et évacuent de l'eau usée et la surveillance de la qualité de l'eau, est une mission de la PIS.

La surveillance des entreprises qui produisent l'eau destinée à la consommation et évacuent de l'eau usée a influencé d'une façon positive la qualité de prestation des services consistant en l'évacuation des eaux usées et d'élimination des déchets, ainsi que la sécurité sanitaire et hygiénique de l'eau. En 2003, l'eau qui satisfaisait aux exigences sanitaires était fournie par 81,4 % des réseaux de distribution d'eau (dans les villes – 83,5 %, dans les zones rurales 80,8 %). En 2007, l'eau qui remplissait les exigences était fournie par 82% des entreprises de distribution d'eau, dont 86% dans les villes et 81% dans les zones rurales. Le nombre d'équipements qui distribuent l'eau baisse chaque année, ce qui constitue un phénomène positif car des petits réseaux de distribution d'eau, qui utilisent de l'eau puisée à petite profondeur, propice à la pollution provenant de la surface, sont supprimés. Une grande majorité des appareils qui distribuent l'eau de qualité inférieure sont localisés sur les terrains ruraux (85%). La qualité de l'eau distribuée par les réseaux de distribution était le plus souvent mise en question à cause de sa composition physico-chimique qui n'était pas conforme aux exigences (couleur, pH, transparence, teneur excessive en fer et en manganèse), qui toutefois ne constituent pas de menace directe pour la santé de l'homme. Les installations de distribution d'eau disqualifiées pour la composition microbiologique de l'eau non conforme aux critères prévus, présentent moins de 2% de réseaux de distribution d'eau.

Parmi les tâches de la PIS il y a aussi l'analyse de menaces à la santé qui résultent de l'importance des dépassements de standards établis, ainsi que l'évaluation de la conformité des solutions proposés par l'entreprise qui produit l'eau destinée à la consommation et évacue de l'eau usée, du point de vue de la sécurité sanitaire des personnes qui boivent l'eau polluée, et éventuellement leur correction.

1/ La surveillance des laboratoires et du système certifié de la qualité des examens de l'eau
Conformément à l'article 12 alinéa 4 de la loi du 7 juin 2001 sur l'approvisionnement collectif en eau et l'évacuation collective des eaux usées, les examens de la qualité de l'eau peuvent être effectués par les laboratoires de PIS ou d'autres laboratoires adhérant au système certifié de la qualité des examens menés, attesté par le PIS, afin de garantir la crédibilité des données obtenues.

Le système intégré des examens en laboratoire fonctionne en vertu du règlement du Ministre de la santé du 27 octobre 2005 relatif au registre des stations sanitaires et épidémiologiques qui effectuent les examens de l'eau dans le cadre du système intégré des examens en laboratoire et au registre des stations sanitaires et épidémiologiques qui effectuent les examens de la qualité sanitaire de la nourriture dans le cadre du système intégré des examens en laboratoire.

La procédure de l'attestation du laboratoire effectuée par le PIS est renouvelée annuellement, à la présentation du certificat de la formation du préleveur des specimens par les autorités de la PIS, l'information concernant l'étendue des examens menés et les caractéristiques des méthodes de recherche utilisées, la confirmation et les résultats de la participation à l'examen d'expert.

2/ Contrôle interne

Le contrôle interne est obligatoire pour les entreprises qui produisent l'eau destinée à la consommation et évacuent l'eau usée et les acteurs qui mènent une activité enregistrée consistant en vente de l'eau, les sociétés qui fonctionnent selon le principe du commodat ou

les unions communales qui ne sont obligées à mener le contrôle interne ni à solliciter la dérogation dans le cas de manquement aux exigences de qualité. Le contrôle interne soutient l'établissement collectif, par les entreprises qui produisent l'eau destinée à la consommation et évacuent de l'eau usée et par les autorités de la PIS, du calendrier des examens, endroits et fréquences des prélèvements des échantillons de l'eau, afin d'harmoniser la surveillance de la qualité de l'eau, sans doubler les points de la prise de l'eau, et le mode de contrôle de l'ensemble du territoire.

3/ Registre des dérogations des autorisations conditionnelles

La procédure devant les autorités de la PIS applicable aux acteurs qui fabriquent de l'eau a été établi en détail en ce qui concerne les cas du dépassement des limites de concentration admissibles des paramètres chimiques, d'une importance essentielle et ayant l'influence directe sur la santé des consommateurs, à savoir dans le cas de la constatation, dans le cadre de activités de surveillance, du dépassement des valeurs admissibles définies dans le règlement du Ministre de la santé du 29 mars 2007 relatif à la qualité de l'eau potable. Le système des exigences a pour objectif une amélioration de la qualité de l'eau.

La procédure de délivrance des dérogations vise à permettre aux acteurs qui produisent de l'eau d'améliorer progressivement la qualité de l'eau et d'atteindre les valeurs exigées par le règlement ou la directive sur les valeurs. La procédure, strictement surveillée et avec contrainte du temps, est applicable uniquement quant aux paramètres chimiques qui constituent une menace à la santé.

4/ La surveillance des produits ou de matériaux destinés au contact avec l'eau et avec les appareils, préparations ou technologies utilisées pour l'épuration ou désinfection de l'eau

Parmi les devoirs principaux de la PIS il y a le contrôle des produits mis en vente et l'exercice des actions administratives en la matière. La PIS établit le champ des actions des employés de la surveillance préventive et courante dans le procédé de l'évaluation des matériaux et produits qui sont destinés au contact avec l'eau, mais également la délivrance des permissions pour l'utilisation des préparations pour le procédé d'épuration et assainissement de l'eau par moyen d'examen des appareils et des technologies de l'épuration de l'eau. L'accord pour l'application des matériaux et produits est attribué par la suite d'une décision de la PIS.

Les actions menées jusqu'à présent en matière de la surveillance des produits ont été complétées d'une obligation de mener le contrôle avant la mise en exploitation d'un établissement, appareil, installation ou une partie d'installation. Par ailleurs, l'inspecteur sanitaire de powiat est obligé de tenir le registre des évaluations des produits, le registre des paramètres qui exigent la surveillance dans l'eau fournie aux consommateurs.

Krajowy Zarząd Gospodarki Wodnej (Administration nationale de l'exploitation des ressources aquatiques) a entrepris les démarches visant à identifier les endroits de la décharge des substances dangereuses. L'appel d'offres relatif à l'exécution d'une telle élaboration, fait en 2007, a été annulé en raison d'absence de telles offres³.

³ Administration nationale de l'exploitation des ressources aquatiques a fait en 2008 un autre appel d'offres relatif à la réalisation de la mission « Identification des substances prioritaires et dangereuses produites ou utilisées dans le procédé de production en Pologne et l'évaluation des sources de menace que créent ces substances aux eaux de surface », qui va englober entre autres, l'identification des endroits de la décharge des substances dangereuses. L'appel d'offres sera résolu avant la fin d'août 2008, le délai de l'exercice de la tâche a été établi pour 6 mois dès la signature du contract.

3/ Mécanismes établis en vue de la mise en oeuvre des réglementations (notamment du contrôle de leur mise en oeuvre) adoptées dans les années 2001-2002, relatives à la radiation ionisante.

Les règles de la protection des personnes contre les menaces résultant de l'utilisation de la radiation ionisante à des fins médicales ont été définies dans la loi du 29 novembre 2000 Droit nucléaire. Par la suite d'une modification de la loi effectuée en 2004, le chapitre 3a a été ajouté «Utilisation de la radiation ionisante à des fins médicales», en vue de l'implémentation de la directive 97/43/Euratom relative à la protection individuelle de la santé contre les menaces résultant de la radiation ionisante en rapport avec les dangers médicaux :

- les autorisations pour l'utilisation de la radiation ionisante dans la médecine, délivrées par les autorités dépendantes du Ministre de la santé,
- introduction d'un nombre de notions spécifiques à l'utilisation de la radiation ionisante dans la médecine: l'audit clinique, la procédure radiologique médicale, la médecine nucléaire, volume-cible, protection radiologique du patient, réducteur de la dose, les niveaux de référence,
- les autorisations pour la mise en marche et l'utilisation de l'appareil de radiographie pour le diagnostic médical et la radiologie d'intervention et pour la mise en exploitation des laboratoires qui utilisent de tels appareils, délivrées par l'inspecteur sanitaire de voïvodie (pour les unités d'organisation dépendantes ou soumises au Ministre de la défense nationale ou contrôlées par lui ou pour lesquelles il est un organe fondateur – commandant du centre militaire de la médecine préventive, et pour les organes dépendants ou soumis au ministre compétent pour l'intérieur ou contrôlés par lui, ou pour lesquels il est un organe fondateur – Inspecteur sanitaire général du Ministère de l'intérieur et de l'administration),
- les commissions des procédures et audits cliniques externes, se composant de consultants compétents, représentants d'associations scientifiques et des experts sélectionnés pour une activité permanente en la matière, ont été convoquées,
- les exigences en matière de la formation continue dans le domaine de la protection contre la radiation et l'actualisation des connaissances acquises en spécialisation professionnelle, spécifiques à l'utilisation de la radiation ionisante dans la médecine,
- les exigences et la procédure de la surveillance professionnelle dans le domaine de la radiologie, la médecine nucléaire et la radiothérapie, en tenant compte de l'exigence des audits externes définis, ont été introduites,
- l'exigence de procéder à des estimations périodiquement de la dose collective pour la population, à titre d'exposition médicale, a été établie.

La mise en place de l'obligation de disposer des systèmes de gestion et du contrôle de la qualité dans les établissements de santé dans lesquels la radiation ionisante est utilisée, a généré la nécessité de certifier le système de gestion de la qualité, pour apprécier la conformité aux dispositions de la directive 97/43/Euratom en matière de la protection individuelle de la santé contre les menaces résultant de la radiation ionisante en rapport avec l'exposition au danger médical et avec les procédures recommandées par l'UE. Une accréditation des établissements de certification et de contrôle ainsi que leur notification par le Ministre de la santé, constituent une condition *sine qua non* de l'activité de la certification. Les établissements notifiés devraient être soumis à la surveillance du ministre compétent ou d'une autorité autorisée, spécialisée en contrôles de l'activité faisant objet de la notification. Un grand nombre d'établissements de santé, l'absence des réglementations juridiques conformes, une dispersion des compétences, ont révélé la nécessité d'établir le Centre National de Protection Radiologique dans la Protection de la Santé, qui consolide les actions dispersées et met en place un système d'organisation de la gestion qualité dans les domaines de la médecine, dans lesquels la radiation ionisante est appliquée. Le Centre permet de gérer les

actions d'autres autorités de la surveillance publique, et sert d'intermédiaire dans la transmission des expériences de l'UE vers le système national de santé.

Le Centre a été créé en 2006. Le Ministre de la santé, en vertu du règlement du 4 mai 2006, relatif à l'organisation, le mode de fonctionnement et les tâches détaillées du Centre National de Protection Radiologique dans la Protection de la Santé, a établi les règles du fonctionnement du Centre. La mission du Centre consiste à :

- surveiller l'état de la protection radiologique résultant de l'utilisation de la radiation ionisante à des fins médicales, en s'appuyant sur :
 - les informations provenant de la PIS,
 - les rapports de la commission,
 - les informations sur les doses individuelles, les estimations de l'exposition de la population au danger de sources de radiation, utilisés à des fins médicales,
 - la recherche scientifique,
- remettre, au ministre compétent pour de la santé, les comptes rendus annuels de la mise en œuvre des normes de sécurité de l'utilisation de la radiation ionisante à des fins médicales,
- assurer l'assistance et le consulting professionnel pour les unités d'organisation de l'hygiène de radiation dans les stations sanitaires et épidémiologiques régionales en matière des utilisations médicales de la radiation ionisante,
- élaborer méthodes et procédures des examens des paramètres techniques des appareils radiologiques,
- examiner des projets des dispositions légales en matière de la protection radiologique du patient,
- participer aux commissions qui examinent les causes des accidents résultant de l'utilisation de la radiation ionisante à des fins médicales,
- consulter les programmes de formation en matière de la protection radiologique pour les médecins spécialistes de différents domaines,
- collaborer avec le Président de l'Agence Atomique, l'Inspecteur sanitaire général, l'Inspecteur sanitaire général de l'Armée Polonaise et l'Inspecteur sanitaire général du Ministère de l'intérieur et de l'administration,
- mener dans des intervalles de 5 ans, une évaluation de la dose pour la population, résultant de l'utilisation de la radiation ionisante à des fins médicales.

Par ailleurs, le Centre peut mener, à titre onéreux, une activité qui consiste en :

- la formation en matière de la protection radiologique,
- l'élaboration, la traduction et la publication des matériaux de formation,
- la certification des laboratoires qui mènent, en vue de la protection radiologique des patients, une évaluation des paramètres techniques des appareils de diagnostic radiographique,
- le tarage de l'instrumentation pour mesurer la radiation ionisante en vue de la protection radiologique.

Les questions liées à l'utilisation de la radiation ionisante à des fins médicales font objet des dispositions des règlements du Ministre de la santé :

- du 25 août 2005 relatif aux conditions de l'utilisation en sécurité de la radiation ionisante pour toute sorte d'exposition médicale,
- du 7 avril 2006 en matière des exigences minimales établies pour les établissements de santé qui sollicitent l'autorisation pour mener une activité liée à l'exposition à la radiation ionisante à des fins médicales, consistant en soins de santé en matière de la radiothérapie oncologique,
- du 4 mai 2006, relatif à l'organisation, procédures et des missions détaillées du Centre National de Protection Radiologique dans la Protection de la Santé,

- du 2 février 2007 relatif à des exigences détaillées concernant les formes et les contenus modèles et de travail applicables aux procédures radiologiques médicales,
- du 27 mars 2008 relatif à la base de données des appareils radiologiques,
- du 27 mars 2008 relatif à des exigences minimales applicables aux établissements de santé qui offrent les prestations en matière du diagnostic radiographique, radiologie d'intervention et de diagnostic, et de la thérapie par radio-isotope des maladies non tumorales.

Les réglementations concernant la protection des employés exposés à la radiation ionisante sont également prévues par les règlements :

- du Conseil des Ministres du 12 juillet 2006 relatif à des conditions du travail en sécurité avec des sources de la radiation ionisante,
- du Ministre de la santé du 21 août 2006, relatif à des conditions du travail en sécurité avec des appareils radiologiques,
- du Ministre de la santé du 1 décembre 2006 relatif à l'autorisation pour l'activité d'inspecteur de la protection radiologique dans les ateliers qui utilisent les appareils de radiographie à des fins médicales,
- du Ministre de la santé du 22 décembre 2006 relatif à la surveillance et contrôle en matière de l'observation des modalités de la protection radiologique dans les unités d'organisation qui utilisent les appareils de radiographie pour le diagnostic médical, la radiologie d'intervention, la radiothérapie superficielle et la radiothérapie des maladies non tumorales.

4/ Les informations relatives aux contrôles des niveaux de bruit menés par le IOŚ, les démarches à entreprendre dans le cas de la constatation du dépassement des limites admissibles (mesures correctives) ou de la violation des normes (sanctions).

Le IOŚ vérifie l'observation des niveaux de bruit admissibles par les acteurs qui gèrent les installations, prévus par les décisions relatives aux niveaux admissibles de bruit ou par une autorisation intégrée. Dans le cas où l'acteur qui gère l'installation n'est pas détenteur de la décision relative au niveau admissible de bruit ou d'une autorisation intégrée, et quand les plaintes quant à l'activité d'une telle installation sont adressées la WIOŚ, l'inspection vérifie si les niveaux admissibles de bruit, définis dans le règlement du Ministre de la santé du 14 juin 2007 relatif à des niveaux de bruit admissibles dans l'environnement, sont observés. Si on constate que l'acteur gérant l'installation dépasse les niveaux admissibles, les résultats de l'examen sont transmis à une autorité compétente en matière de la délivrance d'une décision sur le niveau admissible de bruit.

En 2003, le IOŚ a effectué le contrôle de 975 acteurs en ce qui concerne la réduction des inconvénients liés à l'émission excessive de bruit, chez les 397 acteurs une violation des normes a été constatée. En 2004, le IOŚ a contrôlé 1.007 acteurs, chez les 328 acteurs une violation des normes a été constatée. Pour la période de 2005 à 2007, les données ne sont pas encore disponibles.

Actions qui suivent le contrôle

1/ Peines pécuniaires

En vertu de la loi Droit de la protection de l'environnement, l'inspecteur de la protection de l'environnement au niveau de voïvodie inflige, sur base d'une décision, les peines pécuniaires suite aux dépassements des niveaux de bruit définis dans la décision sur le niveau admissible de bruit ou dans l'autorisation intégrée sur des niveaux de bruit admissibles. L'inspecteur décide du montant de la sanction courante, ensuite prend la décision sur la peine pour une période jusqu'à l'extinction du dépassement, ou pour une période jusqu'au 31 décembre chaque année, si le dépassement n'a pas été supprimé jusqu'à cette date.

Décisions concernant les dépassements des niveaux admissibles de bruit

	Décisions sur la sanction courante	Décisions sur la période du dépassement des niveaux admissibles de bruit
2003	271	233
2004	263	199
2005	207	183
2006	137	141
2007	144	83

2/ Ajournement du délai de paiement de la peine

La loi Droit de la protection de l'environnement prévoit un mécanisme qui vise à encourager l'acteur puni à faire des investissements écologiques qui éliminent d'une façon durable la violation des exigences en matière de la protection de l'environnement, y compris la violation qui consiste en dépassement de niveaux admissibles de bruit. A la proposition de l'acteur encourant la peine, s'il s'engage à réaliser un tel investissement, l'inspecteur de la protection de l'environnement peut ajourner de 5 ans le paiement de la peine. Dans le cas de l'achèvement dans un délai prévu de l'investissement visant à supprimer le dépassement en matière du bruit émis dans l'environnement, le montant de la peine est réduit d'une somme égale aux dépenses consacrées à la réalisation de l'investissement.

Décisions quant à l'ajournement du délai de paiement de la peine

2003	2004	2005	2006	2007
99	105	91	62	37

3/ La suspension de l'activité ou de l'exploitation de l'installation, en ce qui concerne la protection contre le bruit

En vertu de la loi Droit de la protection de l'environnement, si l'activité menée par un acteur profitant de l'environnement ou par une personne physique provoque une détérioration de l'état de l'environnement dans une mesure considérable ou constitue une menace à la vie ou à la santé des personnes, l'inspecteur de la protection de l'environnement au niveau de voïvodie délivre une décision sur la suspension de l'activité dans l'étendue qui est nécessaire pour prévenir la détérioration de l'état de l'environnement. La prise de cette démarche par IOŚ est obligatoire. Si le contrôle démontre une violation des exigences en matière de la protection de l'environnement mais les modalités dont il est question ci-dessus ne sont pas réunies, l'inspecteur peut prendre la décision sur la suspension du fonctionnement de l'installation.

Décisions relatives à la suspension de l'exploitation d'installation ou à la suspension de l'activité

2003	2004	2005	2006	2007
4	3	5	2	3

Les pollutions causées par le bruit sont de plus en plus ressenties notamment dans les zones urbaines. La source la plus fréquente de bruit est le transport public et le transport automobile. Selon les recherches faites par la Surveillance Nationale de l'Environnement, le plus grand nombre de prélèvements des dépassements de niveaux admissibles du bruit de communication dans l'environnement, a été constaté dans la voïvodie de Mazowsze, Śląsk, Wielkopolska et Małopolska. Les inconvénients provoqués par la circulation des voitures ne se laissent pas totalement à surveiller – leur niveau dépend de décisions personnelles quant au choix du moyen de transport pour les déplacements au quotidien.

Les phénomènes qui ont un impact négatif sur l'ambiance acoustique dans les zones habitées, et qui apparaissent ces derniers temps, sont :

- la détérioration des conditions acoustiques autour des routes passant par les zones protégés,
- l'augmentation de la nuisance du bruit industriel,
- le processus progressif de la dégradation des zones de silence,
- la construction des quartiers résidentiels près de périphériques,

- la construction de nouveaux aéroports.

La menace par le bruit industriel a le caractère local en principe et englobe de petites agglomérations, qui voisinent des établissements étant source de l'émission excessive de bruit.

Un impact positif sur l'ambiance acoustique de l'environnement est déterminé par :

- la création de l'infrastructure qui vise à protéger contre le bruit (écrans acoustiques, voies périphériques de transit autour de centres des villes),
- la mise en place d'un cadre juridique relatif à l'utilisation par les camions des autoroutes (exception de routes locales d'une partie de transport lourd, au moins).

5/ Actions entreprises par le Groupe de travail pour la Sécurité Alimentaire, mis en place en 2002

et

6/ Mise en oeuvre de la Stratégie de Sécurité Alimentaire, adoptée en 2002 – mesures prises et règles de la surveillance effectuée.

La Stratégie de Sécurité Alimentaire englobe l'ensemble de la problématique de la sécurité alimentaire. Le document a été élaboré en février 2002 au Ministère de la santé – Inspection sanitaire nationale, en collaboration avec toutes les autorités du contrôle alimentaire et des établissements scientifiques. La Stratégie a été présentée en 2002 à la Commission Européenne.

Les objectifs de la Stratégie de sécurité alimentaire :

- assurer la sécurité alimentaire „du champ à la table”,
- éliminer les dangers pour la santé liés à l'alimentation,
- établir les relations transparentes, les compétences et les responsabilités en matière de la surveillance de la sécurité alimentaire,
- établir le cadre juridique transparent et les exigences applicables à l'alimentation, ainsi que celles pour les matériaux et produits en contact avec la nourriture,
- modifier l'attitude des opérateurs alimentaires, de l'administration chargée de la surveillance et des consommateurs envers la sécurité alimentaire,
- définir dans la loi les principes généraux de l'hygiène de production, du traitement, du stockage, du transport et de la vente de l'alimentation,
- mettre en oeuvre, en ce qui concerne les entrepreneurs, les procédures du contrôle interne qui assurent la sécurité alimentaire et les systèmes de garantie de qualité, notamment du système HACCP dans les établissements de production et du traitement des produits alimentaires,
- assurer l'adhésion de la Pologne au Système d'alerte rapide pour les denrées alimentaires et les aliments pour animaux (RASFF),
- adapter l'étendue des contrôles des denrées alimentaires menées aux exigences de l'UE, un équipement additionnel y lié et une restructuration de la base de laboratoires.

Tâches législatives résultant de la Stratégie :

- la transposition des dispositions communautaires en matière du contrôle administratif des denrées alimentaires et de l'hygiène alimentaire (GMP, GHP, HACCP), l'étiquetage, les denrées alimentaires traités par rayonnement.
- la mise en oeuvre le Règlement CE 178/2002, y compris établissement du cadre juridique pour le fonctionnement du système RASFF,
- optimiser la circulation des marchandises par l'adoption des exigences détaillées communautaires en matière de :
 - polluants alimentaires (pesticides, mycotoxines, 3-MCPD, dioxines, autres),
 - aliments GM, nouvelle alimentation,

- substances additives et substances utiles dans la modification,
- matériaux et produits destinés au contact avec aliments,
- additifs nutritionnels, alimentation à destination spéciale.

Missions institutionnelles résultant de la Stratégie:

- assurer l'adhésion de la Pologne au Système d'alerte rapide pour les denrées alimentaires et les aliments pour animaux (RASFF) – la mise en place du point de contact,
- élaborer les règles et le mode de mise en oeuvre des projets de prélèvement des échantillons alimentaires, tenant compte de la décision de la Commission Européenne pertinente, du programme intégré du contrôle administratif des denrées alimentaires à l'UE, et des autres,
- former les cadres des autorités du contrôle administratif des denrées alimentaires, en matière de la sécurité alimentaire, mener aussi la formation en laboratoire en matière de HACCP,
- restructurer et développer la base de laboratoire pour assurer les examens des denrées alimentaires, conformément aux directives et décisions communautaires,
- mettre en oeuvre les examens en laboratoire non effectués à ce jour, ou étendre le champ d'application des examens sur les OGM, les pesticides, les mycotoxines, SUDAN I-IV,
- accréditer les laboratoires des autorités du contrôle administratif des denrées alimentaires.

En vertu du règlement du Président du Conseil des Ministres du 28 juin 2002 relatif à l'étendue détaillée des actions du Ministre de la santé, la coordination des actions en matière de la garantie de la sécurité alimentaire est confiée au Ministre de la santé.

Conformément au règlement du Ministre de la santé du 9 septembre 2002 un Groupe de travail pour la Sécurité Alimentaire a été fondé, ayant pour l'objectif d'assurer la possibilité d'élaborer des programmes et des projets de mise en oeuvre de nouvelles solutions institutionnelles et structurelles, communes à tous les organes du contrôle administratif des denrées alimentaires. Depuis l'entrée de la Pologne dans l'UE, le Groupe de travail pour la Sécurité Alimentaire a pour mission les tâches relatives à la concertation des positions quant à de nouveaux actes juridiques établis au niveau communautaire, relatifs à la sécurité alimentaire.

Les missions réalisées dans le cadre de la Stratégie :

- Adaptation de la législation polonaise aux critères communautaires.
- Hygiène et systèmes de contrôle interne (GMP, GMP, HACCP):
 - les règles du système HACCP étaient mises en oeuvre dans toutes les entreprises de la branche alimentaire produisant et mettant en marché des aliments (à l'exception de l'étape de la production primaire),
 - en mettant en oeuvre les principes du système HACCP dans un établissement, les entrepreneurs peuvent utiliser les données contenues dans les manuels de bonnes pratiques de fabrication (GMP), manuels de bonnes pratiques d'hygiène (GHP) ainsi que manuels de la mise en oeuvre et l'application des règles du système HACCP ou bien profiter de ces manuels lors d'élaboration de la documentation en matière des règles du système HACCP en vigueur dans un établissement donné,
 - les ouvrages pratiques sont soumis à l'évaluation quant à la conformité aux exigences d'hygiène : Inspecteur Sanitaire Général atteste les ouvrages pratiques pour les établissements se trouvant sous la surveillance de la PIS.
- Les laboratoires de référence ont été mis en place, dont la mission est l'assistance aux laboratoires de la PIS (formation du personnel, organisation des examens des experts, établissement de méthodes analytiques, établissement des projets de recherche) et l'exécution des études arbitraires.

Les laboratoires de référence du Ministère de la santé ont été mis en place auprès :

- l'Institut national de santé publique–Centre national d'hygiène,

- l'Institut pour la nutrition,
- le Laboratoire régional pour les essais sur les denrées alimentaires génétiquement modifiées à Tarnobrzeg,
- unités dépendantes du Ministre de l'agriculture et du développement rural.
- le 21 septembre 2007, un accord-cadre a été conclu entre l'Inspecteur Sanitaire Général et le Médecin Vétérinaire Général, relatif à la coopération et la collaboration des autorités de la PIS et des autorités de l'Inspection Vétérinaire Nationale. L'accord définit les conditions détaillées et les modalités de la collaboration en matière de :
 - la surveillance et les contrôles administratifs des denrées alimentaires,
 - la lutte contre les maladies contagieuses, qui peuvent être transmises des animaux aux hommes ou des hommes aux animaux,
 - les règles et l'étendue de la collaboration des autorités de la PIS et de l'Inspection Vétérinaire, visant à assurer la surveillance effective de la mise en oeuvre des règles de l'observation de la sécurité des denrées alimentaires et de la situation épidémiologique et épizootique en matière de maladies d'origine animale,
 - la surveillance de l'aménagement des produits secondaires d'origine animale.
- Une restructuration de la base de laboratoire des autorités de la PIS a été effectuée :
 - le nombre de laboratoires d'examen des denrées alimentaires a été réduit de 268 à 16 laboratoires de voïvodie intégrés, avec 50 ateliers à l'échelle du powiat,
 - chaque laboratoire de voïvodie, avec ateliers, constitue un organisme cohérent intégré de façon fonctionnelle et substantielle, et qui réalise des examens conformément aux dispositions communautaires.
- Une accréditation des laboratoires d'examen des denrées alimentaires de la PIS, a été effectuée :
 - 16 laboratoires alimentaires intégrés sont détenteurs de certificats d'accréditation de la conformité à la norme PN-EN ISO/IEC 17025 délivrés par le Centre d'accréditation polonais,
 - tous les laboratoires de la PIS utilisent les méthodes d'examen accréditées et procèdent au contrôle interne de la qualité des résultats obtenus et participent aux essais d'expert.
- Les autorités du contrôle administratif des denrées alimentaires ont élaboré en 2004 un 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, qui tenait compte des actions de la PIS, de l'Inspection Vétérinaire et de l'Inspection de la protection des plantes et des semences en matière des examens menées en vue de l'évaluation de sa sécurité.
- Les unités d'examen et de développement, qui définissent et gèrent les programmes de surveillance des denrées alimentaires ont été indiquées dans le règlement du Ministre de la santé du 28 avril 2004 relatif aux unités d'examen et de développement qui définissent et gèrent les programmes de surveillance des denrées alimentaires.
- Les autorités assurant le contrôle administratif des denrées alimentaires ont commencé d'appliquer des règles du système RASFF. Les procédures du « Système d'alerte rapide pour les denrées alimentaires et les aliments pour animaux » RASFF (Rapid Alert System for Food and Feed) ont été élaborées et mises en oeuvre :
 - en janvier 2003 le Point de contact national à l'Inspection sanitaire générale,
 - à l'Inspection vétérinaire générale un sous-point de contact national a été mis en place,
 - un groupe d'experts d'instituts scientifiques a été convoqué, responsable de l'analyse et l'évaluation du risque que peuvent créer des denrées alimentaires ou des aliments pour animaux, faisant l'objet de l'alerte,
 - un accord a été signé entre les Inspections, dans lequel les questions liées au fonctionnement du système ont été réglées.

- La formation en matière de la sécurité des denrées alimentaires a été assurée, y compris, dans le cadre des programmes d'aide PHARE et Transition Facility, pour améliorer des compétences du personnel et unifier des méthodes d'examen appliquées, conformément aux dispositions du droit national et aux dispositions communautaires : formation en matière du droit alimentaire polonais et communautaire, du fonctionnement du système RASFF, de la surveillance fondée sur l'évaluation du niveau de la mise en application des règles de GHP/GMP et HACCP, des principes de contrôle douanier des denrées alimentaires, des examens de nouveaux aliments, y compris les OGM, l'accréditation des laboratoires d'examen des denrées alimentaires, les méthodes du prélèvement des échantillons et de l'examen des denrées alimentaires.
- Un système informatique a été introduit dans la PIS « Système de Sécurité Alimentaire » qui assiste à la gestion des procédés de surveillance sanitaire et de hygiène alimentaire, de nutrition et des objets utilisés par les unités d'organisation de la PIS.

7/ La mise en œuvre des dispositions communautaires relatives à la lutte contre le tabagisme, alcoolisme et toxicomanie. La mise en œuvre des programmes au niveau des voïvodies, relatifs à la lutte contre le tabagisme, alcoolisme et toxicomanie. Les données statistiques qui illustrent les résultats de la mise en œuvre de ces programmes.

La plupart des dispositions communautaires en matière de la prévention de la toxicomanie, ont été transposées par la loi du 29 juillet 2005 relative à la prévention de la toxicomanie. A présent, les travaux sur l'amendement de la loi pour exécuter la Décision 2008/206/CECA qui propose de considérer la 1-benzylpipérazine (BZP) comme une nouvelle substance psychotrope qui nécessite d'être soumise au contrôle et aux sanctions pénales.

12 voïvodies ont élaboré des programmes de la prévention de la toxicomanie et 4 voïvodies ont élaboré un programme commun pour la prévention de la dépendance.

Les programmes en matière de la prévention englobent :

- la prévention primaire,
- le subventionnement de la prévention secondaire,
- la formation,
- l'élaboration et généralisation des matériaux d'information,
- la collaboration avec médias,
- la mise en place de campagnes d'information.

En ce qui concerne les soins et la réhabilitation, les actions se focalisent sur l'amélioration de l'accessibilité des prestations. Les voïvodies financent l'activité des établissements de traitement ambulatoire, les programmes de la réduction des dommages portés à la santé, les programmes du traitement substitutionnels et les programmes orientés à la réintégration sociale une fois le traitement terminée. Par ailleurs, les voïvodies sont chargées de la diffusion des informations sur les établissements et programmes destinés aux personnes dépendantes.

Afin de minimiser les risques portés à la santé liées à l'utilisation des substances psychotropes illicites, avant tout du risque des maladies contagieuses et de l'overdose, les programmes de la réduction des dommages, destinés à des personnes qui utilisent les drogues, sont organisés.

En 2007, les programmes de prévention primaire ont couvert 42.375 personnes (dans le cadre des programmes scolaires) et à 28.844 destinataires en dehors des établissements scolaires. En 2007, dans la réalisation du projet participaient 22 organisations qui mettaient en œuvre les programmes au niveau scolaire, et 80 organisations non gouvernementales qui mettaient en œuvre les programmes hors des écoles, tandis qu'en 2006, les chiffres étaient de 30 et 62 organisations, respectivement.

En 2007, 15 programmes de la prévention secondaire ont été mis en œuvre dans les écoles et 69 programmes hors les établissements scolaires. En 2006, les chiffres étaient respectivement

de 21 et 39 programmes. Les organismes chargés de la réalisation des programmes en 2007 étaient 10 organisations non gouvernementales et pour les programmes mis en oeuvre hors des écoles – 47 organisations. En 2006, les programmes ont été mis en oeuvre par 43 organisations non gouvernementales. Les programmes ont couvert 17.056 personnes, et en 2006 – 5.534 personnes.

Durant la période couverte par le présent rapport, les actions des voïvodies en matière de la prévention de l'alcoolisme prévoyaient :

- l'aide aux gminas dans la réalisation des programmes de prévention et de solutions des problèmes liés à l'alcool et l'aide aux powiats qui participent à la réalisation des missions en matière de la prévention des problèmes liés à l'alcool,
- la formation des personnes engagées dans les actions préventives ou correctives, notamment les coordinateurs des programmes au niveau de gminas, et des membres des commissions de gmina pour les questions liées à l'alcoolisme, les travailleurs des points de consultation, les représentants des services engagés dans la mise en oeuvre des programmes (agents de police, assistants de service social, curateurs, magistrats, médecins, personnel de santé, personnel scolaire, cadres de la culture physique),
- le soutien à l'évaluation des programmes de prévention de gmina et de voïvodie et de la formation en matière de la promotion et de l'enseignement du public,
- le soutien au développement et à la modernisation des services de traitement pour les personnes dépendantes de l'alcool et pour les membres de leurs familles, la surveillance de la mise en oeuvre des missions par les centres de traitement de la dépendance et de la codépendance,
- une amélioration d'accessibilité de l'aide thérapeutique et de réhabilitation pour les jeunes dépendants à l'alcool (mise en place des établissements spécialisés de voïvodie, qui réalisent le programme du traitement pour les adolescents),
- la promotion des actions éducatives et de prévention orientées vers la réduction de la consommation d'alcool par les femmes enceintes – la mise en place du système professionnel de consultation pour les parents et tuteurs des enfants avec le syndrome SAF (Syndrome d'alcoolisation fœtale) et avec d'autres troubles liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse,
- le soutien à l'aide thérapeutique et à la réhabilitation des personnes dépendantes à l'alcool, détenues dans les centres pénitenciers,
- l'introduction du diagnostic précoce et d'une d'intervention à court terme à l'égard des personnes qui abusent de l'alcool, des patients auxquels les soins de santé fondamentaux sont fournis – formation des médecins et du personnel médical,
- le soutien au développement des programmes modernes de prévention réalisés dans le milieu scolaire et familial, aussi bien que dans les groupes à risque élevé, et des programmes en matière de la psychothérapie, réalisés dans les gminas rurales et dans de petites villes, qui ne disposent pas de ressources suffisantes en la matière,
- le soutien au développement de systèmes locaux de prévention de la violence dans les familles alcooliques – la collaboration avec la police, les unités de l'assistance sociale, les établissements de traitement de l'alcoolisme, les centres d'aide aux familles,
- la mise en place et la participation dans des campagnes d'éducation et d'information, concernant tous les aspects des problèmes liés à l'alcool,
- les recherches sur les modèles de la consommation d'alcool et le suivi d'attitudes et de comportements sociaux liés à l'alcool dans des voïvodies et dans des gminas sélectionnées,

- le soutien à des programmes réalisés par d'autres établissements et acteurs non gouvernementaux ayant pour l'objectif la résolution des problèmes liés à l'alcool, au système d'aide mutuelle, y compris aux associations pour l'abstinence.

Données statistiques – voir la réponse à la question no. 3.

8/ Les actions en vue d'une amélioration de la gestion en cas d'une épidémie, l'analyse de données, le renforcement des laboratoires (vu les remarques de la Commission Européenne contenues dans le Comprehensive Monitoring Report on Poland's Preparations for Membership, 5 November 2003, www.europa.eu.int).

Pour améliorer la gestion en cas de l'apparition d'un foyer d'épidémie d'une maladie contagieuse, des mesures consistant en analyse de données et en renforcement des laboratoires, ont été prises. En 2006, dans le cadre du programme Phare 2003 des formations pour des employés de la surveillance épidémiologique de la PIS ont été menées. Le programme de telles formations comprenait les questions concernant l'enquête épidémiologique dans le foyer d'une maladie contagieuse, la surveillance active des maladies contagieuses, l'analyse de données, les procédures à observer en cas d'épidémie. Les formations sont poursuivies en forme de la formation continue. En collaboration avec l'Institut National de Santé Publique italien (Istituto Superiore di Sanità), une mise en place de formations par Internet a été entreprise. L'augmentation de possibilités d'analyse des données est assurée par le système électronique d'enregistrement des cas de l'apparition des maladies contagieuses, qui est à présent en cours d'implémentation. Avec l'entrée en vigueur de la loi du 6 septembre 2001 relative aux maladies contagieuses et infections, il a été nécessaire de baser la surveillance épidémiologique des maladies contagieuses et des infections sur les définitions internationales des maladies contagieuses. Ces dernières, en matière du diagnostic, tiennent compte non seulement du diagnostic clinique basé sur le groupe de symptômes, mais aussi du diagnostic étiologique des facteurs pathogènes qui les causent. Par conséquent, une évaluation des laboratoires de la PIS a été entreprise, afin d'estimer les capacités de vérification du diagnostic clinique des maladies sous la surveillance épidémiologique, pour établir l'étendue des examens de laboratoire effectués en vue du contrôle épidémiologique, et pour établir en même temps leur méthodologie unifiée. L'objectif était aussi de réduire le nombre de laboratoires, tout en assurant leur capacité à coopérer dans le cadre du réseau de surveillance des maladies contagieuses dans les états de l'UE, y compris des maladies sous les réseaux de surveillance spéciaux. Des démarches ont été menées pour évaluer la structure d'organisation des laboratoires, du personnel (qualifications, nombre), de l'équipement (assortiment, nombre, année de fabrication, service après vente) et de l'étendue des examens menés (avec une attention particulière à des examens qui basent sur les méthodes accréditées).

Dans la plupart des voïvodies, les laboratoires de la PIS qui effectuent les examens dans le cadre de la surveillance épidémiologique font partie du département de laboratoires des stations sanitaires et épidémiologiques de voïvodie. Les qualifications des diagnostiqueurs de laboratoire sont perfectionnées en continu, l'équipement des laboratoires de microbiologie est complété (y compris, afin de l'adapter aux dispositions de la directive 2000/54/UE relative à la protection des travailleurs contre le risque lié à l'exposition aux facteurs biologiques dans le lieu de travail ou vu la nécessité de compléter l'équipement des ateliers de virologie en vue de l'implémentation du système SENTINEL de surveillance de la grippe).

La mission principale mise en oeuvre actuellement est le maintien de la capacité à exercer les examens ayant pour but la détection des facteurs pathogènes des maladies figurant dans la loi sur les maladies contagieuses et infections, par ailleurs il s'agit de développer les possibilités du diagnostic des maladies contagieuses non présentes ou sporadiques sur le territoire de Pologne, même si à présent elles ne sont pas sous la surveillance épidémiologique, en tenant

compte des essais qui servent à des pronostics des menaces épidémiologiques et à mener le contrôle des microbes pathogènes en dehors de l'environnement hospitalier et de leur résistance aux médicaments.

Eventuellement, les examens en laboratoire exécutés dans le cadre de la surveillance épidémiologique seront effectués dans les laboratoires de la PIS, avec utilisation d'une méthodologie unifiée et accréditée uniquement. A présent les laboratoires de la PIS fonctionnant dans le cadre des stations sanitaires et épidémiologiques de voïvodie maintiennent le niveau BSL-2 ce qui ne permet pas d'effectuer les tests sur les microbes qui exigent la 3^e ou 4^e catégorie de la protection (BSL-3, BSL-4). Pour des raisons pratiques et financières, les examens seront assurés dans une étendue prévue pour :

- chaque station sanitaire et épidémiologique de voïvodie,
- stations sanitaires et épidémiologiques de voïvodie sélectionnées (vu une faible nécessité des tests il n'est pas utile de maintenir la capacité de les effectuer dans toutes les stations),
- en dehors des laboratoires de la PIS (les examens effectués sporadiquement, qui exigent un équipement très spécialisé ou un niveau de protection microbiologique élevé) – en collaboration avec des instituts de recherche, des laboratoires vétérinaires.

Une liste de facteurs pathogènes et de méthodes de diagnostic en vue de leur détection a été élaborée, avec une liste de laboratoires indiqués pour leur marquage, tenant compte de centres nationaux de référence pour le diagnostic microbiologique de ces maladies.

9/ Les informations sur le nombre de vaccinations préventives (pourcentage des enfants vaccinés réellement).

Dans le cadre de la vaccination préventive la PIS (Państwowa Inspekcja Sanitarna - Inspection Sanitaire Nationale) effectue les tâches résultant :

- de la loi du 14 mars 1985 relative à l'Inspection Sanitaire Nationale,
- de la loi du 6 septembre 2001 relative aux maladies contagieuses et infections,
- du règlement du Ministre de la santé du 20 octobre 2005 relatif à la procédure de la transmission des préparations pour la vaccination préventive obligatoire,
- du règlement du Ministre de la santé du 19 décembre 2002 portant sur le répertoire de la vaccination préventive obligatoire et des règles d'application de la vaccination et de sa documentation,
- du règlement du Ministre de la santé du 28 novembre 2005 relatif au répertoire des postes de travail et des vaccinations de prévention à effectuer chez le personnel employé sur ces postes,
- du Communiqué de l'Inspecteur Sanitaire Général portant sur les principes du déroulement de la vaccination préventive contre les maladies contagieuses (le communiqué est élaboré annuellement et publié dans le Journal Officiel du Ministre de la santé).

Durant la période de 2003 à 2007 la PIS a introduit des modifications au Programme de la Vaccination Préventive, afin d'améliorer la qualité de la vaccination effectuée contre certaines maladies contagieuses, notamment de nouvelles préparations combinées (vaccins polyvalents) de faible réactivité ont été introduites, conformément aux recommandations de l'OMS. De cette façon les vaccins monovalents, qui étaient fréquemment une source de réactions post vaccination indésirables, ont été partiellement éliminés.

Les modifications du PSO ont été 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 avait les tendances dans le domaine de la vaccinologie moderne, qui se focalisent 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. Les modifications apportées au PSO touchaient également aux règles du déroulement de la vaccination recommandée et de la vaccination des personnes exposées aux infections.

Les modifications au PSO s'accompagnaient des modifications de dispositions légales, notamment relatives au répertoire de la vaccination préventive obligatoire, aux genres de vaccins pour travailleurs, aux délais de la vaccination, à l'achat et la redistribution des vaccins, aux règles de paiement pour la vaccination.

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

- l'application à partir de 2004, du vaccin DTaP à la place du vaccin DT à l'âge de 6 ans et pour les enfants avec contre-indications à la vaccination au vaccin qui comporte une composante à cellules entières de coqueluche (DTP),
- l'introduction de la vaccination au vaccin DT des enfants à des contre-indications permanentes à la vaccination aux composants acellulaires et cellulaires de la coqueluche,
- la mise en place de la vaccination contre le *Haemophilus influenzae* du type b pour toute la population des enfants (trois doses au cours de la première année de la vie),
- l'élimination du PSO du vaccin vivant contre la poliomyélite à l'âge de 6 à 7 mois. Une réduction de la vaccination originaire contre la poliomyélite à deux doses du vaccin IPV, administrées au cours de la première année de vie,
- une seule vaccination au vaccin vivant – Polio Sabin, à l'âge de 6 ans,
- la mise en place d'un vaccin tétravalent contre rougeole-rubéole-oreillons (MMR) à l'âge de 2 et 10 ans,
- l'application chez les personnes souffrant de maladies chroniques (y compris les personnes dialysées) de doses de rappel contre l'infection par le virus de l'hépatite B, afin de maintenir la concentration en anticorps HBs au dessus du niveau de protection (10 unités/l),
- la renonciation à la revaccination contre la tuberculose, avec maintien de la vaccination contre Tbc effectuée au cours des premières 24 heures de vie.

Les modifications apportées au PSO 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. D'autres modifications du PSO sont planifiées, ayant pour l'objectif une contribution à la réduction du nombre d'injections effectuées, l'élimination des préparations réactives, ainsi que les modifications des délais et des schémas de la vaccination, vu l'implantation de nouveaux vaccins. Des modifications suivantes peuvent résulter de l'analyse de la situation épidémiologique.

Une analyse de la vaccination préventive menée est effectuée annuellement. Cette analyse couvre :

- l'état de la vaccination par rapport à des maladies contagieuses particulières, à la population des enfants des années qui sont soumises à la vaccination préventive et aux personnes appartenant à des groupes professionnels définis et des groupes à risque élevé,
- l'état de la vaccination des personnes qui sont soumises à la vaccination dans l'année en cours, par comparaison avec l'année précédente.
- l'apparition de réactivités post vaccin indésirables.

Les données sont publiées en juin de l'année suivante, sous forme de Bulletin, elles sont également disponibles sur le site Internet du Centre National d'Hygiène (www.pzh.gov.pl).

Les données statistiques – voir la réponse à la question no. 3.

ARTICLE 12 – DROIT A LA SECURITE SOCIALE

Afin d'assurer l'exercice efficace du droit à la sécurité sociale, les Parties Contractantes s'engagent à :

1. à établir ou maintenir un régime de sécurité sociale,
2. à maintenir le régime de sécurité sociale à un niveau satisfaisant, au moins égal à celui nécessaire pour la ratification de la Convention internationale du travail (n° 102) concernant la norme minimum de la sécurité sociale,
3. à s'efforcer de porter progressivement le régime de sécurité sociale à un niveau plus haut,
4. à prendre des mesures, par la conclusion des accords bilatéraux et multilatéraux appropriés ou par d'autres moyens, et sous réserve des conditions arrêtées dans ces accords, pour assurer :

a) l'égalité de traitement entre les nationaux de chacune des Parties contractantes et les ressortissants des autres Parties contractantes en ce qui concerne les droits à la sécurité sociale, y compris la conservation des avantages accordés par les législations de sécurité sociale, quels que puissent être les déplacements que les personnes protégées pourraient effectuer entre les territoires des Parties Contractantes,

b) l'octroi, le maintien et l'établissement des droits à la sécurité sociale par des moyens tels que la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi accomplies conformément à la législation de chacune des Parties Contractantes.

Annexe à l'article 12§4

Les mots "et sous réserve des conditions arrêtées dans ces accords", figurant dans l'introduction à ce alinéa sont considérés comme signifiant que, en ce qui concerne les prestations existant indépendamment d'un système contributif, une Partie Contractante peut requérir l'accomplissement d'une période de résidence prescrite avant d'octroyer ces prestations aux ressortissants d'autres Parties Contractantes.

RAPPORT POUR LA PERIODE ALLANT DU 1 JANVIER 2005 AU 31 DECEMBRE 2007

ARTICLE 12 ALINEA 1

1/ Prière de décrire le cadre juridique général. Prière d'en spécifier la nature, , les raisons et l'étendue de toute réforme.

ainsi que

2/ Prière d'indiquer les mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en oeuvre le cadre juridique.

En ce qui concerne les principes d'organisation et de financement du système de sécurité sociale, durant la période couverte par le rapport aucunes modifications ne sont pas intervenues par rapport à ce qui a été présenté dans le rapport précédent.

La base pour l'attribution des prestations familiales est établie par :

- la loi du 28 novembre 2003 sur les prestations familiales,
- le règlement du Ministre de la politique sociale du 25 avril 2005 relatif à la procédure d'établir le seuil du soutien au revenu familial,
- le règlement du Ministre de la politique sociale du 2 juin 2005 relatif à la procédure à appliquer pour l'attribution des prestations sociales,
- le règlement du Conseil des Ministres du 23 mai 2006 portant sur la procédure de transfert des moyens financiers destinés au versement des prestations familiales et l'élaboration des comptes rendus financiers
- le règlement du Conseil des Ministres du 18 juillet 2006 relatif au montant des revenus familiaux ou des revenus des personnes qui sont étudiants, et qui constituent la base

nécessaire pour solliciter une allocation familiale ainsi que du montant des prestations familiales.

Durant la période couverte par le rapport les principes du fonctionnement du régime de sécurité sociale des agriculteurs n'ont pas été modifiés. Il y a eu seulement un déplacement de compétences en matière de la sécurité sociale des agriculteurs, du ministre compétent pour la sécurité sociale au ministre compétent pour le développement rural (la loi du 23 mars 2006 sur la réforme de la loi de la sécurité sociale des agriculteurs et d'autres lois).

3/ Prière de fournir des données chiffrées, statistiques ou toutes autres informations pertinentes.

Les personnes affiliées au régime national d'assurance-santé au NFZ

2005	2006	2007
37.110.097	37.766.394	37.328.464

Le nombre de personnes affiliées au régime d'assurance-santé volontairement - 26.762.

Recettes et charges du NFZ, en zloty

	2005	2006	2007
Recettes des cotisations	34.004.072,07	37.300.214,20	42.427.233,87
Subvention du budget de l'Etat	33.487.610	15.345.510	1.175.770.480
Coûts des prestations de maladie, y compris :	33.003.940,84	35.965.839,60	40.122.980,19
- soins de santé de base	3.619.323,79	3.988.042,23	4.674.631,77
- soins ambulatoires spécialisés	2.341.600,12	2.672.447,38	3.141.952,98
- soins hospitaliers	14.569.644,41	15.688.120,55	18.623.125,91
- soins psychiatriques et traitement des dépendances	1.081.227,89	1.169.877,06	1.362.627,90
- réadaptation thérapeutique	914.674,43	1.035.827,17	1.255.027,69
- soins de longue durée	515.949,88	578.042,77	702.290,88
- soins stomatologiques	951.681,61	1.058.123,29	1.255.098,57
- soins thermaux	340.402,01	346.362,80	375.324,84
- urgences et transport sanitaire	932.613,73	1.015.510,12	26.128,95
- coûts des programmes préventifs de santé financés par les moyens propres du Fonds	53.377,89	103.266,81	162.337,63
- soins de santé contractées séparément	871.967,41	957.846,25	1.085.515,71
- fourniture de l'équipement orthopédique, moyens d'aide et moyens techniques thérapeutiques	452.041,85	495.296,57	540.345,70
- remboursement des prix de médicaments	6.323.263,84	6.695.760,88	6.727.324,09
- réserves destinées aux coûts de la réalisation des missions résultant des dispositions sur la coordination	36.171,98	161.315,72	150.881,75
- coûts des soins de santé des années précédentes	-	-	40.365,82
Coûts des programmes de la politique de la santé réalisés sur base de la délégation	26.088,07	4.308,52	12.434,40
Coûts de la réalisation des missions des groupes d'assistance médicale d'urgence	-	-	1.146.595,39

Personnes affiliées au ZUS (milliers), état au 31.12.

	Assurance			
	de retraite et pensions d'invalidité	accidents	maladie	santé
2005	13.130,9	12.442,2	11.861,4	22.571,7
2006	13.354,1	12.739,0	12.149,9	22.493,9
2007	14.074,5	13.543,1	12.942,3	22.892,4

Recettes du Fonds d'Assurance Sociale (FUS), en millions de zloty

	2005	2006	2007
Recettes des cotisations	78.181,9	81.328,5	89.362,6
Subvention du budget de l'Etat	3.612,4	3.531,2	230,1
Subvention complémentaire du budget de l'Etat	16.499,7	20.952,2	23.662,9

Dépenses du FUS aux prestations, (en millions de zloty)

	2005	2006	2007
Retraites et pensions d'invalidité	99.000,1	107.164,4	109.955,9
Allocations de maladie	3.796,3	3.680,8	3.953,1
Allocation de maternité	1.004,5	1.097,6	1.401,4
Allocations de soins	194,5	222,6	278,2
Allocations funéraires	1.364,4	1.439,4	1.538,2
Allocations compensatoires	0,9	0,9	0,7
Prestations de réadaptation	295,8	552,9	614,8
Prévention d'invalidité	77,9	99,2	108,9
Prévention d'accidents	1,1	1,9	2,0

Nombre d'affiliés à la KRUS

2005	1.581.929
2006	1.615.272
2007	1.598.197

Subvention budgétaire à l'assurance sociale des agriculteurs : en 2005 – 15.362.087.000 zł, en 2006 – 14.967.077.000 zł, en 2007 – 15.844.175.000 zł.

Nombre de personnes, à titre desquelles la cotisation pour le Fonds du travail est versée : 2006 – 11,7 mln, 2007 – 12,2 mln. Pas de données statistiques pour 2005.

Recettes et dépenses du FP, en millions de zloty

	2005	2006	2007
Recettes – au total, y compris :	6.834,0	7.513,4	8.395,8
Cotisation FP	6.329,0	6.711,6	7.669,4
Subvention du budget de l'Etat	-	-	-
Recettes communautaires (Fonds Social Européen)	273,5	661,6	615,9
Dépenses – au total, dont :	5.550,8	5.500,4	5.367,2
Allocations et prestations	2.997,7	2.805,3	2.267,8
Formes actives, total	2.051,7	2.218,7	2.709,6
formes actives (sans mineurs)	1.905,3	2.067,1	2.544,6
remboursement des rémunérations des jeunes travailleurs	146,4	151,6	165,0
Autres dépenses	501,4	476,4	389,8

Prestations familiales – nombre moyen de prestations par mois

	2005	2006	2007
Allocation familiale	5.192.770	4.595.440	4.266.430
Suppléments à l'allocation familiale, y compris ceux à titre de :			
- la naissance de l'enfant	15.500 ²⁾	19.090 ²⁾	18.540
- la garde d'enfant durant la période du congé parental	139.970	130.670	126.180
- l'éducation de l'enfant par un parent seul et la perte du droit à l'allocation chômage	9.570	5.710	2.450
- l'éducation de l'enfant par un parent seul	714.860	179.370	173.300
- la formation et la réadaptation d'enfant handicapé	198.100 ²⁾	217.590 ²⁾	218.450
jusqu'à l'âge de 5 ans	33.280 ²⁾	37.040 ²⁾	35.770
après l'âge de 5 ans	164.820 ²⁾	180.550 ²⁾	182.680
- la rentrée scolaire	238.430 ²⁾	266.370 ²⁾	251.490
- la formation en dehors de lieu de domicile	397.100 ¹⁾	476.420	453.720

pour couvrir les dépenses liées à l'installation dans une localité, où se trouve l'établissement scolaire	41.210 ¹⁾	35.470	34.090
pour couvrir les coûts du déplacement vers la localité, où se trouve l'école	528.120 ¹⁾	440.950	419.630
- l'éducation de l'enfant dans une famille nombreuse	767.350 ¹⁾	775.280	706.750
Allocation de soins	642.920	676.110	727.850
Indemnité de soins	71.200	71.540	70.380
Allocation de naissance unique	x	32.29	31.680
¹⁾ Durant la période du septembre au décembre 2005			
²⁾ Sans suppléments versés par les employeurs			

Questions additionnelles

1/ Le pourcentage de la population affiliée à l'assurance santé et aux allocations familiales, et le pourcentage de la population active affiliée à l'assurance maladie et maternité, chômage, vieillesse, accident du travail et maladie professionnelle, en vue de l'évaluation de l'étendue réelle du régime d'assurances sociales en Pologne.

Les données ci-dessous indiquent le % de population de la Pologne.

Personnes affiliées à l'assurance-santé générale et obligatoire au NFZ

2005	2006	2007
97,25%	99%	98%

Tous les enfants de moins de 18 ans dont un accès gratuit aux soins de santé financés des fonds publics. Ces prestations sont financées par le NFZ (enfants affiliés) ou par le budget de l'Etat (enfants non affiliés). La même solution concerne les femmes enceintes, les patients souffrant de maladies mentales, les patients dépendants aux stupéfiants et à l'alcool et les patients souffrant de maladies contagieuses définies à la législation. Dans le cas de prisonniers, le coût de leur traitement est à la charge du budget de l'Etat.

Personnes affiliées à l'assurance-maladie et assurance retraite

	2005	2006	2007
Assurance maladie	59%	59%	60%
Assurance retraite	34.5%	35%	37%

Pourcentage de participation des employés, à titre de qui la cotisation FP est versée :

- 2006 – 78,7%,
- 2007 – 77,8%.

Pas de données statistiques pour 2005.

Personnes auxquelles l'allocation familiale est versée (comme % de la population de la Pologne)

2005	2006	2007
13,6%	12,05%	11,2%

2/ Est-ce que le chômeur peut, pendant une période raisonnable, renoncer à la formation en vue de la requalification, si la formation qu'on lui propose est sans rapport avec son métier précédent (sans risquer la suspension de l'allocation de chômage).

En vertu de l'article 75, alinéa 1 de la loi du 20 avril 2004 sur la promotion de l'emploi et des institutions du marché de travail, le chômeur qui, sans une motivation fondée, a renoncé à la proposition de la formation, n'a pas de droit de percevoir l'allocation de chômage.

La manque de rapport de la formation avec le métier précédent du chômeur ne constitue pas, conformément aux dispositions de la loi « une raison fondée pour le renoncement à la proposition de la formation », le chômeur peut être orienté aussi bien vers une formation qui est en rapport avec son métier précédent que vers une formation dépourvue d'un tel rapport. L'objectif de la formation, tel que défini à l'article 40 alinéa 1 de la loi, à savoir l'augmentation de chances de trouver l'emploi ou d'un autre travail rémunéré, la création de

la possibilité de rentrer à l'activité professionnelle, est ici d'une importance essentielle. Dans certains cas cela peut signifier la nécessité de changer le métier, s'il n'y a pas de chances de trouver l'emploi dans le métier précédent. En vertu de l'article 40 alinéa 5 de la loi sur la promotion de l'emploi et des institutions du marché de travail, l'orientation vers la formation dans le cas de métiers qui exigent des prédispositions particulières doit être précédée d'une évaluation des prédispositions à l'exercice du métier que le chômeur obtiendra par la suite de la formation, l'évaluation est effectuée par le conseiller professionnel de l'agence pour l'emploi au niveau de powiat.

Conclusion négative

Le montant des allocations de chômage versées aux personnes vivant seules est insuffisant.

Remarque générale relative à l'interprétation de l'article 12, alinéa 1

Le Gouvernement polonais reprend sa position sur l'interprétation de l'article 12, alinéa 1. Cette disposition impose une obligation générale du maintien du système de sécurité sociale, prévoyant les prestations en cas de risques différents, et ce n'est qu'à l'alinéa 2 où il est question d'imposer le niveau défini des prestations, tel que prévu par la convention no. 102 de l'OIT. Vu les exigences détaillées prévues par l'alinéa 2 de l'article 12 concernant le montant des prestations, l'évaluation détaillée des montants des prestations dans le cadre de l'alinéa 1 est, selon le Gouvernement polonais, sans fondements. Le fait d'effectuer une telle estimation dans le cadre de l'alinéa 1 pourrait mener à une double évaluation du montant des prestations, une fois dans le cadre de l'alinéa 1, en s'appuyant sur les critères établis par des experts indépendants et cela en absence de toute base pour cela (alinéa 1 de l'article 12 ne permet pas de les établir), et une deuxième fois dans le cadre de l'alinéa 2 de l'article 12, en s'appuyant sur les critères prévus par la convention no. 102 de l'OIT). Procéder à des estimations comme proposé par des experts indépendants signifie une enfreinte de la Charte.

A titre d'information :

	2005	2006	2007
Allocation de chômage	521,90 zł	532,90 zł	538,30 zł
Salaire minimum	849 zł	899,10 zł	936 zł
Minimum social (moyen annuel) – ménage d'employé (1 personne)	844,1 zł	802 zł	820,6 zł

A présent les travaux sur l'élaboration du projet de l'amendement à la loi sur la promotion de l'emploi et des institutions du marché de travail ainsi que d'autres lois sont en cours, le projet prévoit l'augmentation des montants des allocations versées aux chômeurs (réduction de la différence des montants de l'allocation chômeurs et du salaire minimum). Le montant de l'allocation sera de caractère dégressif, à savoir pendant les trois premiers mois de son versement il s'élèvera jusqu'au 788 zł, ensuite 563 zł – jusqu'à la fin de la période de versement de l'allocation.

Pour accorder des prestations d'assistance sociale en vertu de la loi du 12 mars 2004 relative à l'assistance sociale, le critère de revenu est applicable, pour une personne qui vit seule le montant est de 477 zł, et pour une personne en famille 351 zł. Si le revenu de la personne qui sollicite une prestation est inférieur à cette somme, elle a le droit à des allocations d'assistance sociale. La personne qui perçoit l'allocation de chômage dont le montant dépasse le critère de revenu pour une personne seule ou pour une personne en famille, n'a pas normalement de droit à une prestation en espèces. La loi relative à l'assistance sociale prévoit la possibilité d'attribuer de l'aide à des personnes ou familles qui ne répondent pas aux critères de revenu. L'allocation spéciale peut être accordée à une telle personne ou famille, du montant qui ne dépasse pas, respectivement, le critère de revenu de la personne seule au foyer ou d'une famille, l'allocation n'étant pas remboursable. Il est possible d'accorder également une allocation périodique, une allocation spéciale ou une aide matérielle, mais à condition du

remboursement d'une partie ou de la totalité du montant de l'allocation ou des dépenses à l'aide matérielle (dans un délai ultérieur, quand la situation du bénéficiaire s'améliorera). Le bénéficiaire de la prestation doit démontrer des raisons particulières qui justifient la nécessité de lui accorder l'aide.

ARTICLE 12 ALINEA 2

1/ Prière de décrire le cadre juridique général. Prière d'en spécifier la nature, raisons et l'étendue de toute réforme.

ainsi que

2/ Prière d'indiquer toutes mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour améliorer et/ou limiter le système de sécurité sociale.

ainsi que

3/ Prière de fournir des données chiffrées, statistiques ou toutes autres informations pertinentes, en particulier, préciser dans quelle mesure les branches de la sécurité sociale de votre pays satisfont aux prescriptions de la Convention internationale du travail (n° 102) concernant la norme minimum de la sécurité sociale (ou vont au-delà ou sont en-deça de ces prescriptions).

Le premier rapport portant sur la mise en oeuvre de la convention no. 102 de l'OIT par la Pologne a été présenté auprès l'Organisation Internationale du Travail en 2005, et le rapport suivant en 2006. Le Comité d'experts pour l'application des conventions et des recommandations de l'OIT a pris connaissance des rapports en 2006 et a adressé au Gouvernement de la République de Pologne une question directe concernant la mise en oeuvre des parties V, VII, VIII, XI et XIII de la convention. Le Comité n'a pas formulé de conclusions quant à la conformité de la législation polonaise et la pratique avec les dispositions de la Convention no. 102. Un troisième rapport portant sur l'application de la Convention no. 102 qui repondra aux questions du Comité d'experts sera présenté en 2011. Les branches du système de sécurité sociale qui ne sont pas conformes aux exigences de la Convention no. 102 :

1/ Allocations de chômage – montant des prestations

Montant des prestations, situation à la fin de 2007:

L'article 65 de la convention a été appliqué (un bénéficiaire type, gagnant 125% du salaire moyen) – homme ayant une épouse et 2 enfants.

Durant la période de travail:

Salaire antérieur : $1,25 * 2.406,85 \text{ zł} = 3.008,57 \text{ zł}$

Vérification de droit à l'allocation familiale :

Nombre de personnes en famille – 4

Revenu par personne : $Uzno_{2007}/4 = (1,25 * Pwno_{2007})/4 = 1,25 * 2.406,85 / 4 = 752,14 \text{ zł}$

($Uzno_{2007}$ – salaire précédent net du bénéficiaire en 2007, $Pwno_{2007}$ – salaire moyen mensuel net dans l'économie nationale en 2007)⁴

La condition pour l'obtention de l'allocation n'est pas satisfaite.

Salaire de l'employé type : 3.008,57 zł

Durant la période de la perception de l'allocation de chômage :

Allocation de chômage de base : 538,30 zł

Allocation familiale pour deux enfants : $2 * 61 = 122 \text{ zł}$

Revenu: $538,30 + 122 = 660,30 \text{ zł}$

Conformément à la Convention : $A: B \geq 45\%$

$A: B = 660,30: 3.008,57 = 0,219 (22\%)$

⁴ Est pris comme le montant net 83% du montant brut.

II. Les prestations à titre des accidents du travail et des maladies professionnelles (partie VI de la Convention).

Le cadre juridique n'a pas changé par rapport à celui présenté dans le rapport précédent : les pensions à titre d'inaptitude au travail par la suite d'un accident du travail (sur la route au/du travail) ou d'une maladie professionnelle sont suspendues ou subissent une réduction en raison de revenus perçus, y compris ceux résultant du travail.

III. Les pensions à titre d'inaptitude au travail (partie VII de la Convention)

Le cadre juridique n'a pas subi de modifications par rapport à ce qui a été présenté dans le rapport précédent : les pensions à titre d'inaptitude au travail sont suspendues en cas de revenus perçus, y compris provenant du travail.

ARTICLE 12 ALINEA 3

1/ Prière de décrire le cadre juridique général. Prière d'en spécifier la nature, les raisons et l'étendue de toute réforme.

ainsi que

2/ Prière d'indiquer les mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en oeuvre le cadre juridique.

ainsi que

3/ Prière de fournir des données chiffrées, statistiques ou toutes autres informations pertinentes sur l'amélioration

En vertu de la loi du 1er juillet 2005 relative à la modification de la loi du 13 octobre 1998 sur le système des assurances sociales et d'autres lois, le 24 août 2005 l'article 18a de la loi sur le système d'assurances sociales est entré en vigueur ; cet article permet aux personnes qui entreprennent une activité économique de verser les cotisations d'assurance retraite et d'invalidité d'un montant préférentiel pendant 24 mois calendaires à partir de la date du début de l'exercice de l'activité économique. Le calcul du montant des cotisations est basé sur la somme déclarée, non inférieure à 30% du montant du salaire minimum.

En vertu de la même loi, des régulations suivantes ont été introduites, relatives à l'affiliation aux assurances sociales :

- les personnes qui exercent leur travail en vertu du contrat d'agence ou du contrat de commande ou d'un autre contrat de prestation de services auquel, conformément au Code civil, s'appliquent les dispositions concernant le contrat de commande, et qui en même temps mènent une activité économique non agricole ainsi que des personnes qui sont en collaboration avec elles, sont soumises obligatoirement à l'assurance retraite et d'invalidité à titre d'activité effectuée, si à titre d'exercice des contrats dont il est question et de la collaboration à l'exercice des contrats, la base du montant des cotisations assurance retraite et pension est inférieure à la base minimale des cotisations, pour les personnes qui mènent une activité non agricole, en vigueur pour la personne,
- les personnes qui mènent une activité économique non agricole et qui ont un droit établi à la pension à titre d'inaptitude au travail, sont obligatoirement soumises à l'assurance retraite et d'invalidité, jusqu'à la date où l'on établira le droit à la retraite.

L'objectif de ces modifications était d'assurer une bonne étanchéité au système d'assurance sociale et une rationalisation des règles d'affiliation aux assurances sociales. Les modifications ont permis d'augmenter des recettes provenant des cotisations.

Durnat la période couverte par le rapport, un projet de l'amendement à la loi sur les retraites et pensions du Fonds d'Assurance Sociale prévoyant une prolongation jusqu'à 10 ans (auparavant - 5 ans) de la période pendant laquelle il est possible de solliciter le remboursement des cotisations payées indûment, a été élaboré (projet adopté par la Diète le 28 mars 2008).

Le principe de solidarité entre les générations constituait le *ratio legis* des démarches entreprises durant la période couverte par le rapport afin de permettre de prendre la retraite de transition par des personnes qui travaillent dans des conditions particulières et exécutent le travail ayant un caractère particulier et qui ont perdu le droit à la retraite anticipée. Ce privilège, résultant du caractère du travail exercé, devra concerner les personnes employées aussi bien dans le secteur public, que privé, et sera associé à une cotisation supplémentaire du montant de 3% de la base du montant. Il remplacera la possibilité de la mise à la retraite anticipée. Le projet de la loi sur la retraite de transition, élaboré par le Ministère du travail et de la politique sociale, fait l'objet de consultations sur le forum de la Commission Tripartite pour les Questions Sociales et Economiques (août 2008), en particulier en ce qui concerne la liste des travaux effectués dans des conditions particulières ou ayant le caractère particulier, qui donneront droit à la prestation. Vu les travaux législatifs qui se prolongent l'application des dispositions qui permettent la mise à la retraite anticipée selon les principes en vigueur a été prolongées jusqu'au 31 décembre 2008.

Durant la période couverte par le rapport, le projet de la loi portant amendement à la loi sur les retraites et pensions du Fonds d'Assurance Sociale et autres lois a été élaboré et qui prévoit l'introduction de nouvelles règles applicables en ce qui concerne le calcul du montant de pensions à titre d'invalidité au travail pour les personnes nées après 1948, avec une base unifiée du calcul de retraites et de pensions à appliquer. Cela permettra de garantir une relation appropriée entre le montant de la retraite et de la pension d'invalidité. Le projet prévoit également que la pension à titre d'invalidité au travail et la pension sociale ne subira pas de réductions ni de suspension à cause de revenus provenant du travail rémunéré, sans tenir compte de leur montant. Le projet de la loi a été adopté par le Conseil des Ministres le 23 mai 2008 et remis auprès de la Diète de la République de Pologne.

Montant mensuel moyen de la prestation de retraite (en zloty)

	2005	2006	2007
Pension de retraite	1.256,53	1.310,75	1.346,42
Pension à titre d'invalidité au travail	901,93	989,19	1.011,47
Pensions de survie	1.076,49	1.159,27	1.190,78

A partir du moment de l'introduction du nouveau système de prestations familiales, la loi sur les prestations familiales a été amendée à plusieurs reprises.

Les modifications quant aux principes d'attribution des prestations pour les familles monoparentales (dans le cadre du système de prestations pour la famille) ont été introduites par la loi du 22 avril 2005 relative à la procédure applicable envers les débiteurs alimentaires et à « l'avance alimentaire ». Ces amendements résultaient du jugement du Tribunal Constitutionnel du 18 mai 2005, dans lequel une favorisation excessive des familles monoparentales a été reconnue non conforme à la Constitution. Le supplément à l'allocation familiale à titre d'éducation de l'enfant par un parent seul est accordé quand :

- un des parents de l'enfant est décédé ou bien
- le père est inconnu,

alors quand il n'y a pas de possibilité d'attribuer les prestations alimentaires. Le montant du supplément n'a pas changé et s'élève à 170 zł par enfant, le nombre de suppléments par famille étant limité à deux. Le supplément pour l'enfant handicapé peut être augmenté de 80 zł, mais non pas plus que de 160 zł pour tous les enfants. Jusqu'au 1 septembre 2006 si le revenu dans ces familles était très faible (inférieur à 50% du critère de revenu), le supplément était augmenté de 50 zł par enfant, mais pas plus que 100 zł par famille.

Le 1^{er} septembre 2005 on a supprimé la possibilité d'accorder le supplément à l'allocation familiale à titre d'éducation de l'enfant par un parent seul et de la privation du droit à l'allocation de chômage par la suite d'expiration de la période légale de son versement. Le droit à ce supplément ont toutefois gardé les personnes qui ont acquis le droit à ces prestations avant le 31 août 2005, pendant 3 ans. Le supplément est accordé au père ou à la mère

d'enfant, à son tuteur réel ou juridique, jusqu'à ce que l'enfant atteint l'âge de 7 ans, si l'enfant demeure sous la garde réelle de cette personne. Le montant de la prestation est de 400 zł par mois.

Le 1er septembre 2005, le supplément à l'allocation familiale à titre d'éducation de l'enfant dans une famille nombreuse a été introduit. Il est attribué au montant de 50 zł par mois pour le troisième et pour chaque enfant suivant qui a le droit à l'allocation familiale.

Les modifications suivantes au système des allocations familiales ont été introduites :

- par la loi du 29 décembre 2005 relative à l'amendement à la loi sur les prestations familiales :
 - le supplément à l'allocation familiale a été porté de 500 zł à 1.000 zł, à titre de naissance de l'enfant (à partir du 1er janvier 2006),
 - les principes de l'estimation des revenus provenant de l'exploitation agricole ont été changés, l'indicateur du revenu d'un hectare de la surface de l'exploitation (194 zł) utilisé jusqu'à présent a été remplacé par un nouvel indicateur annoncé par le Président du Bureau Général de Statistiques (135,5 zł pour la période du janvier à l'août et 153,67 zł à partir du septembre 2006),
 - à part le supplément à l'allocation familiale à titre de naissance de l'enfant « une prime unique à titre de naissance de l'enfant » est accordée (1.000 zł, sans tenir compte du montant de revenu familial),
 - on a autorisé les gminas à verser un supplément associé à la naissance de l'enfant (la gmina fixe le montant et finance cette prestation de ses propres moyens),
- en vertu du règlement du Conseil des Ministres du 18 juillet 2006 relatif au montant du revenu familial ou du revenu d'étudiant, qui constituent le fondement pour solliciter l'allocation familiale et du calcul des prestations familiales, des montants de certaines prestations familiales ont été augmentés,
- en vertu de la loi du 16 novembre 2006 relative à l'amendement du Code du travail et de la loi sur les prestations familiales, le groupe des enfants ayant le droit au supplément à l'allocation familiale à titre de rentrée scolaire a été élargi: à partir du 19 décembre 2006 ce supplément est versé pour les enfants qui commencent leur préparation à l'école organisée à l'école maternelle.

En vertu de l'article 18 de la loi sur les prestations familiales, les montants des prestations et des critères de revenus sont vérifiés tous les trois ans, compte tenu des résultats de la vérification du seuil de l'assistance au revenu de familles. Une telle vérification a été effectuée pour la première fois le 1 septembre 2006 et les montants ont été augmentés en ce qui concerne:

- l'allocation familiale qui à partir du 1er mai 2004 jusqu'au 31 août 2006, était accordé aux montants qui dépendaient du nombre d'enfants à maintenir par la personne ayant le droit à la prestation et s'élevaient à 43 zł par mois pour le premier et second enfant, 53 zł pour le troisième enfant, 66 zł pour le quatrième et pour un enfant suivant. A partir du 1^{er} septembre 2006 les montants de l'allocation familiale diffèrent en fonction de l'âge d'enfant et sont de 48 zł pour un enfant de moins de 5 ans, 64 zł pour un enfant de plus de 5 ans et jusqu'à l'âge de 18 ans, 68 zł pour un enfant de plus de 18 ans jusqu'à l'âge de 24 ans,
- le supplément à l'allocation familiale à titre d'éducation de l'enfant dans une famille nombreuse – de 50 zł à 80 zł par mois,
- le supplément à titre d'éducation et de réadaptation d'un enfant handicapé – de 50 zł à 60 zł par enfant de moins de 5 ans (par mois) et de 70 zł à 80 zł par enfant de plus de 5 ans, jusqu'à l'âge de 24 ans,
- le supplément à titre de rentrée scolaire – de 90 zł à 100zł en une seule fois,

- le supplément à titre d'éducation à l'école en dehors du lieu de domicile – de 80 zł à 90 zł, à titre d'installation dans une localité dans laquelle se trouve l'établissement scolaire et de 40 zł à 50 zł à titre de déplacements,
- l'allocation de soins de 144 zł à 153 zł.

En vertu de la loi du 24 mai 2007 relative à la modification de la loi sur les prestations familiales et de la loi sur l'impôt agricole, des modifications suivantes ont été apportées au système de prestations familiales :

- le montant du dépassement du critère de revenu admissible permettant de garder le droit aux prestations familiales a été augmenté – jusqu'au 5 juillet 2007 la somme était de 48 zł par famille, à partir du 6 juillet 2007 – 48 zł pour chaque personne en famille,
- un délai de la déposition des demandes d'attribution du supplément à l'allocation familiale à titre de rentrée scolaire a été introduite (4 mois depuis la rentrée scolaire ou de la préparation scolaire annuelle),
- la période au cours de laquelle il est possible de solliciter le versement d'une prime unique à titre de naissance de l'enfant a été prolongée (de 3 mois à 12 mois en comptant de la date de naissance de l'enfant, son adoption ou sa prise en garde),
- l'attribution du supplément à l'allocation familiale à titre d'éducation de l'enfant par un parent seul a été introduite, dans la situation où la demande en justice d'établir une prestation alimentaire de l'autre parent a été rejetée,
- la possibilité de percevoir l'allocation familiale pour un enfant mineur qui a son propre enfant a été introduite (précédemment, la personne qui sollicitait l'allocation familiale mais avait son enfant était privée du droit à cette prestation),
- des détails de la procédure de coopération entre les autorités de gmina et les autorités du maréchal (gouverneur) pour l'attribution de prestations familiales aux personnes qui se déplacent sur le territoire de l'UE.

Prestations familiales, montant mensuel, en moyenne

	2005	2006	2007
Allocation familiale	45,78	50,90	60,78
Suppléments aux allocations familiales, y compris ceux à titre de :			
- la naissance de l'enfant	499,81 ²⁾	988,80 ²⁾	999,98
- la garde de l'enfant durant le congé parental	403,36	391,91	389,05
- l'éducation de l'enfant par un parent seul et l'extinction du droit à l'allocation de chômage	390,32	394,04	388,38
- l'éducation de l'enfant par un parent seul	175,71	193,81	174,52
- l'éducation et la réadaptation de l'enfant handicapé	66,66 ²⁾	69,95 ²⁾	76,72
jusqu'à l'âge de 5 ans	50,01 ²⁾	53,34 ²⁾	60,01
après l'âge de 5 ans	70,02 ²⁾	73,36 ²⁾	80,00
- la rentrée scolaire	90,04 ²⁾	99,82 ²⁾	100,00
- la formation en dehors du lieu d'habitation	43,03 ¹⁾	46,95	53,00
pour couvrir les dépenses liées à l'installation dans une localité dans laquelle se trouve l'établissement scolaire	79,84 ¹⁾	83,88	89,99
pour couvrir les dépenses liées au transport vers la localité dans laquelle se trouve l'école	40,03 ¹⁾	43,98	50,00
- l'éducation de l'enfant dans une famille nombreuse	50,01 ¹⁾	59,39	80,00
Allocation de soins	144,18	149,07	152,99
Prestations de soins	413,81	416,31	413,77
Une prime unique à titre de naissance de l'enfant	x	999,95	999,91
¹⁾ Pour la période septembre-décembre 2005 ²⁾ Sans suppléments versés par les employeurs.			

La loi du 16 novembre 2006 relative à l'amendement du Code du travail et de la loi sur les prestations en espèces de l'assurance sociale en cas de maladie et de maternité a porté des amendements à la loi du 25 juin 1999 relative aux prestations en espèces en cas de maladie ou de maternité afin d'augmenter la limite d'âge d'enfant dont l'adoption pour éducation donne droit à l'allocation de maternité. A présent, cette allocation est attribuée à la personne affiliée à l'assurance qui durant la période où elle était couverte par l'assurance maladie ou durant le congé parental a adopté un enfant à l'âge de moins 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 et elle a saisi le tribunal de tutelle en vue de son adoption. Précédemment l'âge d'enfant qui conditionnait le versement de la prestation était un an. Les mêmes règles sont en vigueur quant à l'employé qui a accueilli un enfant et a saisi le tribunal de tutelle en déposant la demande d'adoption de l'enfant ou bien qui a accueilli un enfant pour l'éduquer en tant que famille de substitution, à l'exception de famille professionnelle de substitution, sans parenté biologique avec enfant.

Un autre changement introduit au régime de prestations familiales est l'attribution du droit à l'allocation de tutelle à des personnes affiliées à l'assurance volontaire (travailleur à domicile, mandataires, les personnes menant une activité économique non agricole ou les personnes en collaboration avec elles, les ecclésiastiques). Jusqu'à présent, le droit à l'allocation de tutelle était attribuable seulement aux employés, membres des coopératives agricoles de production et des coopératives de cercles agricoles et aux conscrits qui font leur service de substitution. Le Tribunal Constitutionnel a reconnu dans le jugement du 6 mars 2007 (P 45/06), que de telles solutions ne sont pas conformes à la Constitution, puisqu'elles sont discriminatoires pour les personnes affiliées à l'assurance volontaire. A partir de la date de la publication du jugement du Tribunal Constitutionnel (le 16 mars 2007) l'article 32 de la loi sur les prestations en espèces de l'assurance sociale en cas de maladie et de maternité qui concerne l'attribution de l'allocation est appliqué conformément à sa lecture à la lettre, ce qui permet aux personnes affiliées à l'assurance de bénéficier de l'allocation. Le 11 avril 2008 un amendement à la loi sur les prestations pécuniaires de l'assurance sociale en cas de maladie et de maternité a été adopté assurant l'égalité des personnes soumises à une assurance obligatoire et celles accédant à une assurance volontaire en ce qui concerne les droits à l'allocation de tutelle.

La loi du 27 juin 2003 relative à la pension sociale a été amendée (un nouvel article 12a) grâce à ce que, en cas du décès de la personne qui percevait la pension sociale, une allocation funéraire est attribuée aux ayants droit, les principes et le montant étant définis dans les dispositions relatives aux retraites et pensions du FUS, à moins que l'allocation funéraire ou une prestation du montant égal au montant de l'allocation funéraire ne leur soit attribuable sur base d'un autre titre.

Le montant de l'allocation de chômage de base était de :

- à la fin de 2005 – 521,90 zł,
- à la fin de 2006 – 532,90 zł,
- à la fin de 2007 – 538,30 zł.

Questions additionnelles

1/ Les modalités de la réforme du système d'assurance en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle, adopté en 2003.

Les informations sur les modalités de la réforme du régime d'assurance en cas d'accident du travail, adoptée en 2003, ont été présentées en détail dans le Vème rapport et demeurent toujours à jour:

- l'adaptation de la législation relative à l'assurance sociale à titre d'accident du travail et de maladie professionnelle aux principes de la réforme du régime des assurances sociales entrée en vigueur le 1 janvier 1999,
- la suppression de la répartition des salariés en deux catégories : ceux qui sont employés dans des entreprises publiques et ceux qui sont employés dans des entreprises privées,
- l'objectif de l'autofinancement du Fonds des accidents en instaurant une cotisation particulière dont le montant est fixé en fonction des risques présents et de leurs conséquences,
- l'exclusion de l'assurance d'accident des accidents sans conséquences physiques – par le biais d'une nouvelle définition de l'accident du travail,
- le versement de toutes les prestations à titre d'accident du travail et de maladie professionnelle du Fonds d'accidents du travail,
- l'exclusion du régime d'assurance accident du travail, des accidents survenus sur le trajet au travail ou sur le trajet du travail au domicile (pris en charge par l'assurance maladie et invalidité),
- l'incitation des employeurs à améliorer des conditions de sécurité et d'hygiène au travail et aux actions de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles,
- la mise en place d'un système de prévention d'accidents et des principes de son financement.

Les moyens destinés à la réalisation des missions en matière de la prévention des accidents sont définis par la loi budgétaire ; ils représentent, en vertu de la loi du 30 octobre 2002 sur l'assurance sociale à titre d'accident du travail et maladie professionnelle, 1% des cotisations à titre d'assurance accidents tel que prévues par le plan financier du Fonds d'Assurance Sociale. Ces fonds sont destinés à financer l'activité liée à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, notamment à :

- l'analyse des causes et conséquences des accidents du travail, notamment des accidents mortels, graves et collectifs, ainsi que des maladies professionnelles,
- la généralisation du savoir en matière des risques dont la réalisation cause les accidents du travail et les maladies professionnelles et des moyens de prévention de la réalisation de ces risques,
- la recherche scientifique en vue de l'élimination ou d'une réduction des causes des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Les résultats des analyses permettent de faire révéler les secteurs de l'économie nationale au nombre le plus important d'accidents du travail et de maladies professionnelles, et ensuite de commander par le ZUS (Institut d'Assurances Sociales) des études et d'établir les sujets des formations destinées à de petits et moyens employeurs de ces secteurs. Dans les années 2003 à 2007, dans les formations et séminaires ont participé plus de 13.000 personnes.

La mise en œuvre de la prévention d'accidents a contribué à l'amélioration de la sécurité au travail et a apporté les effets visibles sous forme de baisse du nombre des pensions accordées et versées par le FUS dans les années 2003-2006, à titre d'inaptitude au travail causée par un accident du travail ou une maladie professionnelle.

2/ Les effets de modification du système de prestations de chômage (2004 et 2005) : limitation d'accès aux prestations, le contrôle du statut de chômeur soutenu – est-ce que les objectifs qui justifiaient les modifications introduites ont été atteints (les modalités de la réforme ont été présentées dans le rapport précédent) ?

Les modifications apportées au système de prestations de chômage (limitation d'accès aux prestations, un contrôle de versement des prestations et du statut de chômeur soutenu, le changement des principes relativement libérales d'attribution des allocations et des prestations de retraite anticipée), aussi bien qu'une amélioration de la situation économique à partir de

2004, qui engendrait une baisse progressive du taux de chômage⁵, ont permis une baisse du nombre de personnes auxquelles les allocations de chômage étaient versées. Cela a permis d'adresser des moyens plus importants du FP au financement des formes actives de la prévention du chômage, notamment à l'élargissement et intensification des actions de l'activation des chômeurs.

En comptant de 2002, le nombre de personnes participant aux formations et stages augmente progressivement. A titre de comparaison, en 2004, avec le nombre moyen de chômeurs dépassant 3 millions de personnes, 276.865 chômeurs ont bénéficié de stages et formations. Dans les années 2004 à 2005 le nombre de chômeurs qui entreprenaient un travail subsidié a baissé, même si cette chute n'a pas concerné que les personnes qui entreprenaient des travaux d'intervention et des travaux publics, par contre on a noté une augmentation importante du nombre de chômeurs qui ouvraient une activité économique ou étaient embauchés dans le cadre d'un remboursement à l'employeur des coûts de l'équipement ou de l'équipement complémentaire sur le poste du travail.

En 2005, le nombre de personnes qui ont commencé de participer à des formes actives⁶ était de 567.699 et était de 92.844 personnes plus importante par rapport à 2004 (une croissance de 19,6%). Les emplois subsidiés ont été pris par 186.693 personnes, y compris des travaux d'intervention - 70.878 chômeurs, travaux publics - 69.178 chômeurs, les moyens financiers pour démarrer une activité économique ont été accordés à 24.865 chômeurs, tandis que 14.325 chômeurs ont entrepris un emploi dans le cadre du remboursement des coûts de l'embauche du chômeur. Dans ce cadre 380.976 personnes ont participé aux stages et formation professionnelle sur le lieu de travail. A partir de 2005 la loi relative à la promotion de l'emploi et des institutions du marché du travail permet d'orienter des personnes en chômage et sans droit à l'allocation et qui bénéficient des prestations de la sécurité sociale, vers des travaux d'utilité publique, 10 heures par semaine. Cela permet de mieux orienter l'aide et d'assurer à ces personnes un revenu, sans perte du statut de chômeur.

En 2006, le nombre de chômeurs activés a augmenté jusqu'à 607.799. Les travaux subsidiés ont été entrepris par 163.019 chômeurs, les formations ont été commencées par 147.139 chômeurs, les stages par 169.105 chômeurs, la préparation professionnelle dans le lieu du travail par 58.299 chômeurs, et 70.217 chômeurs ont participé à des travaux d'utilité publique.

En 2007, plusieurs sortes de programmes actifs sur le marché du travail ont rassemblé 674.263 chômeurs (croissance de 10,9% par rapport à l'année 2006). Par rapport à 2006, une croissance la plus considérable a été notée en matière de la participation aux formations (de 19,2%) et à la préparation professionnelle dans le lieu de l'emploi (de 12,1%). Le nombre de chômeurs employés dans le cadre du remboursement des coûts de l'équipement ou d'un équipement complémentaire du poste de travail a noté une croissance de 75% (jusqu'à 36.501) et le nombre de personnes qui ont commencé leur propre activité économique est montée de 29% (jusqu'au nombre de 45.086 personnes).

Dépenses du FP, en millions de zloty*

	2005	2006	2007
Dépenses – au total, dont :	5.550,8	5.500,4	5.367,2
1. Allocations et prestations	2.997,7	2.805,3	2.267,8
2. Formes actives au total	2.051,7	2.218,7	2.709,6
2.1 Formes actives (sans mineurs)	1.905,3	2.067,1	2.544,6
a) formations	181,8	186,7	266,4

⁵ En 2004, le taux de chômage était de 19%, à la fin de 2005 ce taux était de 17,6%, à la fin de 2006 – 14,8%, à la fin de 2007 - 11,4% (données préliminaires).

⁶ Les formes actives comprennent les emplois subsidiés et des formations, des stages professionnels, la préparation professionnelle dans le lieu du travail, à partir 2006 les données concernant les personnes qui entreprennent des travaux d'utilité publique, sont rassemblées.

b) travaux d'intervention	193,9	220,0	214,7
c) travaux publics	294,3	145,6	178,0
d) moyens à l'entreprise de l'activité économique et à l'équipement des postes du travail	405,7	576,1	898,0
e) activation des jeunes diplômés, stages professionnels	607,2	678,0	697,2
f) préparation professionnelle	193,6	203,0	214,7
g) autres	28,8	32,1	75,6
2.2. Remboursement des rémunérations des mineurs	146,4	151,6	165,0
3. Autres dépenses	501,4	476,4	389,8

*Les dépenses n'englobent pas de remboursement du crédit contracté par le FP.

Conclusion négative

Les limitations (limitation de droits aux prestations, contrôle du statut de chômeur soutenue), en ce qui concerne l'attribution des prestations en cas de chômage, sont excessives.

Une situation économique difficile dans les années 2002-2004 a causé le besoin d'introduire des modifications des principes régissant l'attribution des allocations. En vertu de la loi sur la promotion de l'emploi et des institutions du marché du travail chaque chômeur a le droit à l'allocation pour chaque jour calendrier après l'écoulement de 7 jours comptant de la date d'enregistrement dans l'agence pour l'emploi de powiat, si au cours de 18 mois qui précèdent la date d'enregistrement, il peut justifier au moins les 365 jours qui donnent droit à l'allocation. Il y a une exception prévue à cette règle par rapport aux chômeurs qui viennent d'effectuer le service militaire de base, si la période de service était au moins 240 jours.

Le chômeur peut avoir le droit à l'allocation d'un de trois montants, qui varient en fonction de longueur de la période qui donne le droit à l'allocation :

- 100% de l'allocation de base – période qui donne droit à l'allocation de 5 à 20 ans,
- 80% de l'allocation de base – période qui donne droit à l'allocation de moins de 5 ans,
- 120% de l'allocation de base – période qui donne droit à l'allocation de plus de 20 ans.

La période de versement de l'allocation est de 6, 12 ou 18 mois, sa durée varie en fonction du taux de chômage au niveau du powiat et de la durée de la période qui donne droit à l'allocation. La période de versement de l'allocation par les femmes qui ont donné naissance à l'enfant lors de son versement ou un mois après la fin de versement est prolongée d'une période au cours de laquelle elles auraient le droit à l'allocation de maternité. La loi sur la promotion de l'emploi et des institutions du marché de travail permet à des personnes ayant le droit à l'allocation de chômage d'entreprendre le travail et de recevoir à ce titre un supplément d'activation, à moins que, par la suite de l'orientation par l'agence pour l'emploi de powiat le chômeur ait entrepris une occupation à temps partiel tel que applicable à cette profession ou service, et on lui verse un salaire qui n'atteint pas de montant du salaire minimum ou par sa propre initiative il a été embauché ou a entrepris un autre travail rémunéré.

Afin d'éviter les abus en ce qui concerne le versement des allocations de chômage, par exemple par un déménagement du chômeur vers un autre lieu d'habitation ou par un doublage des prestations avec celles perçues à d'autres titres ou emplois, il s'est avéré nécessaire d'introduire certaines limitations : des normes ont été mises en place qui règlent un raccourcissement des périodes de versement de l'allocation à des périodes de l'embauche dans le cadre de travaux d'intervention, travaux publics et à des périodes de stage professionnel ou de préparation professionnelle dans le lieu du travail qui se déroulent Durant la période pendant laquelle il y aurait la perception de l'allocation, puisque ces actions sont financées par le FP et sont liées à une rémunération ou une bourse du montant supérieur au montant de l'allocation (état à la fin de l'année 2007).

Afin d'éviter des abus le chômeur acquiert le droit à l'allocation seulement à l'écroulement d'une période d'attente si:

- il a renoncé, sans une raison fondée, à une proposition de l'emploi convenable, d'un autre travail rémunéré, d'une formation, d'un stage, d'une préparation professionnelle sur le lieu du travail, de travaux d'intervention ou de travaux publics,
- durant la période de 6 mois précédent l'enregistrement dans l'agence pour l'emploi de powiat il a résilié une relation de travail ou une relation de service avec le préavis ou en vertu de l'accord entre les parties, à moins que l'accord entre les parties n'ait lieu en raison de la mise en faillite, liquidation de l'employeur ou réduction de l'emploi pour des raisons concernant l'entreprise ou la résiliation de la relation de travail ou de la relation de service par suite de la démission, ou bien en vertu d'un accord entre les parties à la relation, qui s'est produit à cause du changement de domicile par l'employé,
- Durant la période de 6 mois avant l'enregistrement dans l'agence pour l'emploi de powiat, il a causé de sa propre faute la résiliation de la relation de travail ou de la relation de service sans démission,
- il a obtenu une prestation prévue par les dispositions distinctes, sous forme d'équivalent pécuniaire unique perçu pour un congé pour des miniers, une indemnité sociale unique, allocation, pécuniaire après la période de versement de l'allocation sociale, une indemnité conditionnelle unique ou une indemnité pécuniaire unique inconditionnelle,
- il a perçu l'indemnisation à titre de raccourcissement du délai de préavis.

La période de versement de l'allocation subit un raccourcissement équivalent à la période de carence et aussi à la période pour laquelle le chômeur a reçu un équivalent, une indemnisation ou des dommages intérêts, ainsi qu'équivalent à une période de séjour à l'étranger déclaré à l'agence de l'emploi ou à une période durant laquelle il n'était pas en disposition d'entreprendre l'emploi, d'une durée ne dépassant pas 30 jours.

A présent, une libéralisation de l'accès aux prestations de chômage n'est pas envisagée, cela causé entre autres par un nombre remarquable de tentatives d'abus du système par des chômeurs et un élargissement prévu du groupe des personnes autorisées à bénéficier de plusieurs formes d'activation professionnelle, avec une augmentation simultanée des montants des prestations à titre de participation à ces formes (le projet d'amendement de la loi relative à la modification de la loi sur la promotion de l'emploi et des institutions du marché de travail adopté par le Conseil des Ministres le 17 octobre 2008).

ARTICLE 12 ALINEA 4

1/Prière de décrire le cadre juridique général, en précisant la liste complète des accords bilatéraux et multilatéraux ou tous autres moyens tels que mesures unilatérales, textes de loi proposés ou adoptés, ou encore mesures administratives, en indiquant comment ils autorisent, pour les différentes prestations sociales, la mise en oeuvre des principes énoncés aux alinéas a) et b).

L'attribution de prestations telles que les retraites, les pensions à titre d'invalidité au travail les pensions de survie, les prestations à titre d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, les prestations pécuniaires à titre de maladie ou de maternité et les allocations funéraires ne dépend pas ni de la nationalité de la personne, ni de sa domiciliation en Pologne, ni du fait de satisfaire l'exigence de disposer d'une période suffisante de domiciliation en Pologne. Ces prestations sont donc attribuées à toutes les personnes affiliées au système de sécurité sociale polonais, même si ces personnes sont des ressortissants des états autres que les états membres de l'UE ou les états de l'EEE ou les états avec lesquels la Pologne est liée par des accords bilatéraux relatifs à la protection sociale, ou bien les états qui ne sont pas signataires de la Charte sociale européenne. Dans le cadre du système polonais de

sécurité sociale le traitement égal des ressortissants des états étant parties à la Charte est garanti. Seule exception sont des prestations à titre de chômage, seuls les citoyens polonais et ressortissants étrangers qui remplissent des conditions générales portant sur la régularité de la résidence sur le territoire de la Pologne peuvent en bénéficier. Les règles d'attribution du droit aux allocations de chômage sont toutefois les mêmes pour les citoyens polonais que pour les ressortissants étrangers. En conséquent, le principe du traitement égal est garanti.

La coordination des régimes de la sécurité sociale est assurée par :

- le Règlement n° 1408/71 applicable aux états membres de l'UE et de l'EEE, ainsi qu'à la Suisse,
- l'accord du 16 janvier 1958 relatif à l'assurance sociale entre le Gouvernement de la République Populaire de Pologne et le Gouvernement de la République Fédérale de Yougoslavie – à présent l'accord est applicable à la République de Croatie, la République Fédérale de Yougoslavie, la République de Bosnie et d'Herzégovine, le Monténégro,
- l'accord du 6 avril 2006 entre la République de Pologne et la République de Macédoine relatif à la sécurité sociale (conclu durant la période couverte par le rapport),
- en vertu de la disposition de l'annexe n° III, partie A du Règlement 1408/71 :
 - article 33, alinéa 3 de l'accord du 7 septembre 1998 conclu entre la République de Pologne et la République d'Autriche relatif à la sécurité sociale,
 - accord du 9 octobre 1975 entre la République Populaire de Pologne et la République Fédérale d'Allemagne relatif aux prestations de retraite et en cas d'accident sous conditions et dans l'étendue définis à l'article 27 alinéa 2-4 de l'accord du 8 décembre 1990 conclu entre la République de Pologne et la République Fédérale d'Allemagne relatif à la sécurité sociale,
 - article 11 alinéa 3, article 19 alinéa 4, article 27 alinéa 5, article 28 alinéa 2 de l'accord du 8 décembre 1990 conclu entre la République de Pologne et la République Fédérale d'Allemagne relatif à la sécurité sociale.

2/ Prière d'indiquer les mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en oeuvre le cadre juridique.

Les mesures prises en vue de la mise en oeuvre des accords internationaux relatifs à la sécurité sociale sont les accords administratifs. Ils précisent les procédures de la mise en oeuvre des engagements qui résultent des dispositions des accords et règlent certaines questions qui, vu leur caractère strictement technique, ne sont pas présents dans les contrats.

La liste des accords administratifs en vigueur :

- le Règlement n° 574/72 applicable aux états membres de l'UE et de l'EEE, ainsi qu'à la Suisse,
- l'accord du 16 janvier 1958 relatif à la mise en oeuvre des dispositions de l'accord relatif à l'assurance sociale entre le Gouvernement de la République Populaire de Pologne et le Gouvernement de la République Fédérale de Yougoslavie – à présent l'accord est applicable à la République de Croatie, la République Fédérale de Yougoslavie, la République de Bosnie et d'Herzégovine, le Monténégro,
- l'accord administratif du 27 juin 2007 relatif à la mise en oeuvre de l'accord entre la République de Pologne et la République de Macédoine relatif à la sécurité sociale (conclu durant la période couverte par le rapport),
- l'accord du 4 septembre 1991 entre le Ministère de la santé et de la protection sociale de la République de Pologne et le Ministère de la santé de la République d'Albanie, relatif à la collaboration en matière de la protection de la santé et des sciences médicales.

3/ Prière de fournir les données chiffrées ou toutes autres informations pertinentes. S'il y a lieu, prière d'indiquer également les éventuelles conditions de durée de résidence

Retraites et pensions, pensions à titre d'assurance accident transférées par le ZUS à l'étranger, en zloty

	Sur la base de règlements communautaires	Sur la base des accords bilatéraux	Au total
2005			
Retraites et pensions au total, dont :	188.297	9.488	197.785
Retraites	112.776	6.236	119.012
Pensions à titre d'inaptitude au travail	24.144	1.952	26.096
Pensions de survie	45.154	1.264	46.418
Pensions à titre d'inaptitude au travail qui fait suite à un accident du travail	4.509	24	4.533
Pensions de survie à titre d'accident du travail	1.714	12	1.726
2006			
Retraites et pensions au total, dont :	203.805	9.563	213.368
Retraites	134.290	7.775	142.065
Retraites à titre d'inaptitude au travail	16.140	456	16.596
Pensions	47.366	1.296	48.662
Pensions à titre d'inaptitude au travail qui fait suite à un accident du travail	4.416	24	4.440
Pensions de survie à titre d'accident du travail	1.593	12	1.605
2007			
Retraites et pensions au total, dont :	223.579	6.632	230.211
Retraites	149.688	5.322	155.010
Pensions à titre d'inaptitude au travail	18.343	168	18.511
Pensions de survie	49.862	1.130	50.992
Pensions à titre d'inaptitude au travail qui fait suite à un accident au travail	4.176	12	4.188
Pensions de survie à titre d'accident au travail	1.510	0	1.510

Retraites et pensions étrangères transférées en Pologne par l'intermédiaire du ZUS, en zloty

2005	101.980
2006	82.122
2007	60.644

Prétentions en relation avec le traitement médical des personnes affiliées à l'assurance au NFZ dans les états membres de l'UE et de l'EEE, ainsi que les versements effectués par le NFZ, en zloty

	Réserves pour les engagements au *						Engagements réglés (versements)** en					
	31.12.2005		31.12.2006		31.12.2007		2005		2006		2007	
	E 125	E 127	E 125	E 127	E 125	E 127	E 125	E 127	E 125	E 127	E 125	E 127
AUTRICHE	2.608.939,89	0,00	8.199.943,91	170.834,89	8.045.863,08	660.302,66	0,00	0,00	0,00	0,00	6.000.693,62	0,00
BELGIQUE	974.477,22	0,00	3.113.686,62	221.085,72	13.506.963,34	430.625,21	0,00	0,00	0,00	0,00	1.924.042,15	0,00
BULGARIE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CHYPRE	0,00	0,00	21.960,22	0,00	58.801,97	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	67.090,57	0,00
REPUBLIQUE TCHEQUE	1.000.641,82	0,00	1.439.936,76	197.191,59	1.824.156,44	532.880,07	0,00	0,00	815.971,45	0,00	1.382.750,12	0,00
DANEMARK	3.031,39	0,00	78.016,98	0,00	178.365,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	142.414,00	0,00
ESTONIE	10.057,47	0,00	27.400,08	0,00	32.981,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	27.153,94	0,00
FINLANDE	111.942,95	0,00	212.290,85	0,00	313.502,34	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	184.662,44	0,00
FRANCE	3.665.959,83	0,00	9.138.722,12	1.269.890,62	15.715.790,06	2.618.293,53	0,00	0,00	2.932.093,42	0,00	4.211.723,13	0,00
GRECE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	26.206,59	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ESPAGNE	125.453,06	0,00	1.699.935,32	67.991,23	2.153.878,49	227.354,12	0,00	0,00	0,00	0,00	1.433.902,47	0,00
PAYS-BAS	3.191.206,55	0,00	6.427.017,95	24.615,00	2.848.610,18	23.013,92	0,00	0,00	0,00	0,00	4.879.675,27	0,00
IRLANDE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ISLANDE	0,00	0,00	6.751,77	0,00	221,63	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6.769,96	0,00
LIECHTENSTEIN	0,00	0,00	5.281,83	0,00	728,39	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.281,70	0,00
LITUANIE	15.814,38	0,00	64.354,92	0,00	71.713,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	55.287,96	0,00
LUXEMBOURG	25.445,00	0,00	631.586,89	14.633,04	836.072,54	55.381,16	0,00	0,00	0,00	0,00	215.164,10	0,00
LETTONIE	2.539,66	0,00	2.517,21	0,00	68,51	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.344,35	0,00
MALTE	46.583,75	0,00	51.320,48	0,00	2.704,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	50.921,17	0,00
ALLEMAGNE	5.528.839,90	0,00	104.667.313,60	1.929.867,12	119.215.406,31	5.860.064,96	0,00	0,00	3.154.552,56	0,00	62.968.762,67	0,00
NORVEGE	0,00	0,00	3.201.932,76	0,00	3.106.600,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PORTUGAL	0,00	0,00	9.730,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9.178,45	0,00
ROUMANIE	0,00	0,00	0,00	0,00	279,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SLOVAKIE	85.603,75	0,00	282.466,55	3.485,97	656.563,73	3.350,81	0,00	0,00	91.149,57	0,00	325.162,16	0,00
SLOVENIE	44.028,00	0,00	240.600,22	5.375,56	261.920,49	13.258,56	0,00	0,00	72.127,00	0,00	154.762,46	0,00
SUISSE	0,00	0,00	432.061,15	0,00	1.608.494,43	4.460,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SUEDE	2.833.751,53	0,00	13.489.057,93	0,00	10.084.868,24	26.715,72	0,00	0,00	0,00	0,00	6.639.161,31	0,00
HONGRIE	0,00	0,00	26.518,66	0,00	47.215,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	26.371,20	0,00
ROYAUME-UNI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ITALIE	0,00	0,00	9.819.130,75	0,00	8.460.620,96	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5.667.665,88	0,00
IAU TOTAL	20.274.316,15	0,00	163.289.535,63	3.904.970,74	189.032.389,81	10.481.907,40	0,00	0,00	7.065.894,00	0,00	96.381.941,08	0,00

*calcul en zł selon le cours moyen de la Banque Nationale Polonaise, le dernier jour de l'année concernée par les engagements

** valeurs payées en zł selon le cours moyen de la banque de laquelle le NFZ est client

Créances en raison du traitement de personnes autorisées provenant des états membres de l'UE et l'EEE
ainsi que les versements faits par les institutions de ces états, en zloty

	Créances au			Dettes réglées (versements reçus), en		
	31.12.2005	31.12.2006	31.12.2007	2005	2006	2007
AUTRICHE	470.814,91	400.762,65	611.031,21	371.776,04	322.426,67	400.593,21
BELGIQUE	133.034,34	136.879,95	151.307,72	72.035,57	131.494,34	165.865,13
BULGARIE	0,00	0,00	37.832,63	0,00	0,00	0,00
CHYPRE	9.700,00	309,04	3.533,00	0,00	0,00	0,00
REPUBLIQUE TCHEQUE	194.407,67	597.331,81	1.100.660,92	53.331,23	58.832,56	97.350,46
DANEMARK	18.544,09	35.516,97	130.285,49	14.907,60	35.660,52	42.477,47
ESTONIE	79.348,61	4.720,94	11.161,57	7.221,60	79.455,91	3.845,51
FINLANDE	15.181,64	23.380,27	53.443,79	13.815,76	12.996,08	13.498,83
FRANCE	445.993,14	462.843,53	557.623,38	305.598,98	506.206,78	270.551,05
GRECE	53.895,75	84.601,76	52.140,01	0,00	7.067,31	6.187,49
ESPAGNE	157.381,17	155.322,06	229.851,71	0,00	0,00	0,00
PAYS-BAS	315.834,99	208.704,04	537.138,55	68.325,23	315.688,39	0,00
IRLANDE	82.833,82	160.627,67	521.449,75	0,00	0,00	0,00
ISLANDE	6.822,21	25.785,75	62.844,89	0,00	28.474,80	17.171,50
LIECHTENSTEIN	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
LITUANIE	51.653,36	68.147,39	113.009,85	92.943,13	59.356,58	102.385,16
LUXEMBOURG	20.738,09	31.467,01	63.952,30	12.245,04	17.753,17	42.986,06
LETONIE	9.976,52	38.497,04	40.209,54	3.170,00	7.261,80	35.623,11
MALTE	318,87	0,00	0,00	0,00	0,00	258,87
ALLEMAGNE	8.660.510,78	9.010.789,69	9.748.444,61	2.035.063,16	7.365.244,48	4.979.753,10
NORVEGE	128.686,27	163.421,09	435.634,37	0,00	156.022,27	0,00
PORTUGAL	17.700,76	21.909,26	4.378,22	0,00	0,00	43.898,27
ROUMANIE	0,00	0,00	12.368,61	0,00	0,00	0,00
SLOVAKIE	108.086,65	59.377,86	288.650,65	22.693,96	56.706,65	243.262,08
SLOVENIE	18.699,50	2.074,44	9.557,75	7.915,20	15.269,51	4.206,00
SUISSE	0,00	10.286,72	43.595,12	0,00	0,00	8.106,72
SUEDE	474.905,23	423.591,71	400.789,36	352.623,57	474.905,23	423.591,71
HONGRIE	72.876,94	52.932,11	76.307,18	65.483,17	47.031,52	77.618,35
ROYAUME-UNI	830.664,95	1.834.126,65	3.181.690,69	0,00	0,00	0,00
ITALIE	504.695,83	824.516,09	1.030.104,62	0,00	0,00	0,00
AU TOTAL	12.883.306,09	14.837.923,50	19.508.997,49	3.499.149,24	9.697.854,57	6.979.230,08

Questions additionnelles

1/ L'élargissement de l'étendue de l'application du principe du traitement égal des ressortissants étrangers, en ce qui concerne l'assurance sociale - conformément aux exigences du règlement WE 859/2003.

L'article 2a de la loi du 13 octobre 1998 relative au système de sécurité sociale a comme le fondement le principe d'égalité du traitement de tous les affiliés. Le principe d'égalité du traitement concerne notamment les conditions d'affiliation au système des assurances sociales, les principes du paiement et du calcul du montant de cotisations à l'assurance sociale, du calcul du montant des prestations, ainsi que la période du versement des prestations et du maintien du droit aux prestations.

La législation polonaise est conforme au règlement 859/2003 en matière de la mise en oeuvre du principe du traitement égal des ressortissants étrangers dans le domaine de l'assurance sociale. La législation polonaise en matière de l'assurance maladie est également en conformité avec les dispositions de ce règlement.

2/ Est-ce qu'il y a des accords conclus, des négociations en cours ou bien des négociations prévues avec l'Albanie, l'Arménie, la Géorgie et la Turquie en matière de coordination de versement des allocations familiales (si la Pologne et les états énumérés appliquent les systèmes fondés sur des critères différents en ce qui concerne l'attribution des allocations – la Pologne : le versement en cas de résidence d'enfant en Pologne, autre état : le critère du lieu d'emploi du parent/tuteur).

L'objectif des accords bilatéraux conclus par la Pologne relatifs à la sécurité sociale est l'intérêt des personnes pouvant bénéficier de telles régulations. Vu l'impossibilité de mener simultanément les négociations avec plusieurs pays, on entame dans un premier temps les négociations avec ces états dans lesquels le groupe d'intéressés est le plus important. En principe ce sont les états d'où il y a une immigration vers la Pologne où vers lesquels ont émigré ou émigrent de groupes importants des Polonais.

Le besoin de conclure des accords avec l'Albanie, l'Arménie et la Géorgie n'a jamais été signalé par les autorités de ces pays, ni par les personnes intéressées, domiciliées en Pologne ou dans les états mentionnés, pour cela les négociations des accords avec ces états ne sont pas considérées comme prioritaires. En cas un tel besoin se montre, des analyses appropriées seront mises en place, servant de base pour une éventuelle ouverture des négociations.

Les missions visant à entreprendre les négociations de l'accord bilatéral sur la sécurité sociale avec la Turquie sont en cours, un tel accord englobera, entre autres, les allocations familiales. Les tâches effectuées actuellement visent à obtenir les données qui permettent d'estimer les conséquences financières d'un tel accord, leur évaluation constituant une exigence *sine qua none* des démarches à poursuivre.

3/ Est-ce que l'égalité de traitement des citoyens des états étant parties à la Charte qui ne sont pas des ressortissants des états membres de l'UE ni de l'EEE est assuré en matière de toutes les branches de la sécurité sociale (la question concerne non seulement l'accès aux soins de santé et aux locations familiales) ? Plus particulièrement, est-ce que l'attribution des prestations est soumise à la condition d'une période définie de domiciliation ou d'emploi ?

Le système polonais de sécurité sociale s'appuie sur le principe d'égalité de traitement, ce principe s'appliquant aussi aux citoyens ressortissants des états qui sont parties à la Charte mais qui ne sont pas ressortissants des états membres de l'UE ou de l'EEE. L'attribution des prestations ne dépend ni de la nationalité d'une personne, ni de sa domiciliation en Pologne,

ni de critère d'une durée donnée de la domiciliation en Pologne. Comme c'est le cas de la plupart des systèmes de sécurité sociale, l'attribution du droit aux prestations de la sécurité sociale dépend uniquement de la condition de posséder une durée d'assurance ou d'emploi définie par les dispositions. La durée de ces périodes est la même pour les citoyens de la République de Pologne et les ressortissants d'autres pays.

4/ Est-ce que d'autres prestations de l'assurance sociale, à part les retraites et les pensions, peuvent être exportées ?

Les prestations sont transférées vers les états dans lesquels les dispositions communautaires sont applicables ainsi que vers les états avec lesquels la Pologne a conclu des accords bilatéraux. La liste des prestations transférées varie en fonction du champ d'application des réglementations communautaires ou des accords. A part les retraites et pensions à titre d'invalidité au travail, ce champ d'application englobe généralement: les pensions de survie, les prestations à titre d'accident du travail et de maladie professionnelle, les prestations en espèces à titre de maladie et de maternité, les allocations familiales, les allocations de chômage, les allocations funéraires.

En cas d'absence d'un accord bilatéral ou multilatéral, la prestation n'est pas transférée à l'étranger, mais elle est versée en Pologne, sur le compte bancaire du bénéficiaire ou à la personne autorisée par le bénéficiaire. La personne ayant droit à la prestation peut demander à la banque de transférer des sommes versées à l'étranger.

Les dispositions nationales en matière de prestations en espèces à titre de maladie et de maternité n'interdisent pas de l'exportation de ces prestations. Par conséquent, même s'il n'y pas d'un accord multilatéral ou bilatéral sur la sécurité sociale, les prestations en cas de maladie et maternité peuvent être transférées à l'étranger.

Les allocations de chômage sont exportées dans le cas des personnes couvertes par les dispositions communautaires, à moins qu'elles sont à la recherche d'emploi dans un autre état membre.

Conclusion négative

La totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi des ressortissants des autres états étant parties à la Charte et qui ne sont pas soumis aux règlements communautaires, n'est pas garantie.

Dans les rapports précédents sur la mise en oeuvre de l'alinéa 4 de l'article 12 de la Charte, il a été expliqué que pour juger la situation il est indispensable de prendre en compte le fait que les travailleurs migrants qui entreprennent le travail en Pologne sont soumis à un nouveau système d'assurance sociale. Les solutions dans le cadre de ce système ne conditionnent pas l'attribution de la prestation du fait d'avoir une période d'assurance de longueur définie. La totalisation des périodes d'assurance n'est pas donc indispensable pour qu'on se voit la prestation attribuée.

En ce qui concerne l'assurance retraite la totalisation des périodes d'assurance ne peut concerner que des travailleurs migrants qui étaient soumis au système ancien, ainsi qu'en ce qui concerne les pensions à titre d'invalidité au travail et les pensions de survie. Il est néanmoins nécessaire de tenir compte du fait que l'acquisition des droits aux prestations à titre d'invalidité au travail et des pensions de survie s'effectue à condition de remplir des périodes d'assurance relativement courts, par conséquent la totalisation des périodes remplis dans différents états n'est pas décisive pour l'obtention d'une prestation.

Par ailleurs, une application pratique du principe de la totalisation des périodes d'assurance n'est possible que si dans les relations entre les états un accord a été conclu en la matière. Une introduction du principe de totalisation des périodes d'assurance effectuée unilatéralement (par voie de la législation interne) est dépourvue de justification, puisque cela engendrait des

engagements financiers pour une des parties seulement. Par exemple, la Pologne serait responsable pour toutes les périodes d'assurance accomplies, sans garantie d'une telle responsabilité d'autres états. Le principe de totalisation des périodes est toujours lié à l'augmentation proportionnelle des coûts pour les institutions d'assurance dans l'état sur le territoire duquel les périodes d'assurance ont été effectuées. Vu l'absence d'un accord bilatéral, la disposition de la législation interne qui prévoit l'application du principe de totalisation, aurait pour effet l'engagement des institutions polonaises à prendre la charge des coûts qui résultent de l'application du principe, sans réciprocité de la part des autres états. Par conséquent, pour qu'on puisse appliquer le principe de la totalisation des périodes, les accords bilatéraux ou multilatéraux sont conclus.

L'information au sujet de négociations des accords bilatéraux – voir la réponse à la question additionnelle no. 2.

ARTICLE 13 – DROIT A L'ASSISTANCE SOCIALE ET MEDICALE

Pour assurer une exercice effectif du droit à l'assistance sociale et médicale, les Parties Contractantes s'engagent:

2. à veiller à ce que les personnes bénéficiant d'une telle assistance ne souffrent pas, pour cette raison, d'une diminution de leurs droits politiques ou sociaux,
3. à prévoir que chacun puisse obtenir, par des services compétents de caractère public ou privé, tous conseils et toute aide personnelle nécessaire pour prévenir, abolir ou alléger l'état de besoin d'ordre personnel ou d'ordre familial.

RAPPORT POUR LA PERIODE ALLANT DU 1 JANVIER 2005 AU 31 DECEMBRE 2007

ARTICLE 13 ALINEA 2

1/ Prière de décrire le cadre juridique général. Prière d'en spécifier la nature, les raisons et l'étendue de toute réforme.

ainsi que

2/ Prière d'indiquer les mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en oeuvre le cadre juridique.

ainsi que

3/ Prière de fournir des données chiffrées, statistiques ou toutes autres informations pertinentes, si possible.

Durant la période visée par le rapport pas de modification par rapport à ce qui a été présenté dans le rapport précédent.

ARTICLE 13 ALINEA 3

1/ Prière de décrire le cadre juridique général. Prière d'en spécifier la nature, les raisons et l'étendue de toute réforme.

ainsi que

2/ Prière d'indiquer les mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en oeuvre le cadre juridique.

Durant la période visée par le rapport pas de modification par rapport à ce qui a été présenté dans le rapport précédent.

En vertu de la loi du 12 mars 2004 relative à l'assistance sociale, l'assistance sociale consiste à attribuer les prestations, y compris le travail social, au maintien et au développement d'une infrastructure sociale nécessaire, à l'analyse et l'évaluation des phénomènes qui engendrent le besoin des prestations d'assistance sociale, à la réalisation des missions résultants des besoins sociaux existant, au développement de nouvelles formes d'assistance sociale et de secours mutuel, conformément aux besoins identifiés.

Les objectifs principaux de l'assistance sociale sont entre autres, le soutien aux personnes et aux familles, visant à surmonter une situation sociale difficile, les tentatives de gagner, dans la mesure du possible, l'indépendance, la garantie des revenus au niveau d'intervention sociale aux personnes et leurs familles qui n'ont pas de revenus ou qui ont des revenus faibles, aux personnes âgées et aux personnes handicapées, la garantie des revenus au montant de l'intervention sociale aux personnes et familles à des revenus faibles, qui exigent un soutien périodique, l'aide spécialisée aux familles à risque de pathologie sociale, y compris de la violence en famille, l'intégration des personnes socialement exclues, la création du réseau des services sociaux adéquats aux besoins existants.

L'assistance sociale est attribuée aux personnes et familles en raison de :

- la misère,
- l'orphélinat,
- le manque de logement,
- le chômage,
- l'handicap,
- une maladie grave ou de longue durée,
- la violence en famille,
- le besoin de protection des victimes du trafic des êtres humains,
- le besoin de protection de la maternité ou de familles nombreuses,
- la perplexité en matière des soins, d'éducation et d'entretien du ménage, particulièrement dans les familles monoparentales ou nombreuses,
- le manque de capacités d'adaptation à la vie, dans le cas des jeunes qui quittent les établissements d'éducation,
- les difficultés dans l'intégration des étrangers qui ont obtenu en Pologne le statut de réfugié ou la protection complémentaire,
- les difficultés d'adaptation à la vie après avoir quitté un établissement pénitencier,
- l'alcoolisme ou la toxicomanie,
- un cas fortuit ou une situation de crise,
- un fléau naturel ou écologique.

Les années 2005-2008, l'activité de 14 établissements de formation (collèges) des assistants sociaux a démarré. Ces établissements forment les personnes voulant exercer le métier d'assistant social, en cycle de trois ans. En même temps en vertu de la loi sur l'assistance sociale les écoles post-baccalauréat, qui préparent pour le métier d'assistant social, ont été obligées à arrêter les inscriptions après l'année scolaire 2004/2005. Le fonctionnement des établissements de formation est soumis à la condition de signature par une autorité dirigeante, d'un accord avec une école supérieure qui assure la supervision pédagogique de cet établissement. Les diplômés, après avoir réussi à des examens obligatoires dans le cadre du programme de l'établissement tuteur peuvent, en vertu de l'accord entre ces deux établissements, obtenir la licence.

En 2006, une nouvelle faculté des études supérieures de 1^{er} degré a été mise en place, sous le nom de « travail social ». Afin de permettre d'acquérir pendant un certain temps les qualifications de l'assistant social aux autres facultés qui donnaient précédemment une autorisation à occuper ce poste, il a été prévu que les étudiants se préparant au métier d'assistant social doivent obtenir le diplôme de telles études avant 31 décembre 2013. A partir de 2014 les assistants sociaux seront formés exclusivement en faculté de travail social et dans les établissements de formation en matière des services sociaux. Tous les assistants sociaux qui ont acquis le droit à exercer leur métier à la base des dispositions qui étaient en vigueur, gardent le droit à être embauchés.

Le Ministre du travail et de la politique sociale a adressé au Ministre de l'éducation nationale le 18 mai 2007 une demande d'inscription au classement des métiers d'enseignement professionnel d'un nouvel métier, celui du tuteur de personnes âgées. Le besoin d'introduire un tel métier résulte de la nécessité d'adaptation du système d'assistance sociale aux besoins de la société vieillissante. Le tuteur de personnes âgées sera formé dans le cadre du cycle biennal à l'école supérieure, régulier, externe ou de soir. L'inclusion du métier à l'offre de formation dans les écoles auxquelles on peut entrer ayant le baccalauréat aura lieu en 2010.

3/ Prière de fournir des données chiffrées, statistiques ou toutes autres informations pertinentes, si possible

Motifs pour l'attribution d'assistance sociale

Raison de situation difficile	2004		2005		2006		2007	
	Nombre de familles	Nombre de personnes en familles	Nombre de familles	Nombre de personnes en familles	Nombre de familles	Nombre de personnes en familles	Nombre de familles	Nombre de personnes en familles
Misère	1.000.312	3.307.081	950.382	3.073.956	934.446	2.968.067	791.285	2.444.685
Orphélinat	12.057	27.927	7.659	21.954	9.165	24.603	8.424	26.782
Manque de logis	27.810	35.968	27.315	33.785	28.397	35.381	27.472	34.235
Besoin de la protection de maternité dont :	97.893	445.635	72.776	348.339	79.613	385.571	69.983	339.816
de enfants nombreux	26.487	167.518	31.252	195.882	36.038	211.192	31.547	193.228
Chômage	864.408	2.957.278	853.039	2.839.497	784.765	2.587.939	690.630	2.253.734
Handicap	392.077	1.076.253	384.360	987.650	409.788	1.031.096	411.540	1.067.844
Maladie grave ou de longue durée	349.512	1.011.951	329.597	894.763	355.667	941.767	378.448	964.105
Perplexité en matière de tutelle et de l'entretien du ménage, dont :	395.039	1.615.620	346.502	1.492.211	332.181	1.364.251	298.253	1.209.303
familles monoparentales	192.361	623.655	168.872	538.876	167.225	531.580	170.858	548.941
familles nombreuses	141.300	874.300	122.514	778.566	120.442	748.021	106.253	651.705
Violence dans la famille	20.826	78.509	17.545	64.710	19.652	72.159	18.584	65.920
Alcoolisme	111.953	322.147	110.995	305.534	113.378	306.204	99.599	261.070
Toxicomanie	3.970	8.312	3.922	7.856	3.841	8.405	3.671	7.410
Difficulté d'adaptation sociale après la sortie d'un établissement pénitentiaire	12.242	23.423	13.598	24.531	12.786	22.681	13.023	22.976
Manque de facultés d'adaptation sociale de jeunes qui quittent les établissements d'éducation	2.551	4.892	3.044	5.459	3.270	6.027	3.234	5.308
Difficultés d'intégration de personnes qui ont obtenu le statut de réfugié	195	553	197	571	376	1.158	318	907
Cas fortruit	6.521	20.223	7345	22.168	9.003	27.832	10.274	30.912
Situation de crise	18.449	51.172	10.674	32.685	13.493	38.309	12.463	35.122
Fléau naturel ou écologique	19.192	52.907	1.481	4.531	10.241	18.337	4.930	14.109

Nombre de personnes et de familles percevant les prestations d'assistance sociale

	Nombre de personnes à qui la décision d'accorder la prestation a été attribuée				Dynamisme, en %, année précédente=100				Nombre de personnes bénéficiaires d'assistance sociale			
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
Prestations accordées dans le cadre de missions commandées ou de missions propres (sans tenir compte de leur genre, forme, nombre source de financement)	2.409.889	2.574.805	2.815.783	2.366.055	100	106,8	109,3	84	1.638.862	1.573.122	1.604.666	1.446.244
Prestations accordées dans le cadre de missions commandées (sans tenir compte de leur genre, forme, nombre)	361.973	182.260	488.155	205.324	100	50,4			355.358	179.472	193.746	197.993
Prestations accordées dans le cadre de missions propres (sans tenir compte de leur genre, forme, nombre)	2.236.303	2.498.124	2.530.188	2.291.210	100	111,7			1.453.688	1.502.182	1.536.259	1.383.731

En 2006, dans le cadre de missions commandées sous forme d'allocations spéciales, pour couvrir les dépenses liées à des fléaux naturels ou écologiques l'aide aux exploitations agricoles accordée afin d'atténuer les conséquences de la sécheresse (pour 411.500 personnes) a été prise en compte ainsi que l'aide aux les familles qui ont subi des dommages causés par les inondations (3.500 personnes)

Le dynamique du nombre de personnes bénéficiaires des prestations en espèces dans le cadre de missions commandées, financées par le budget de l'Etat, et le nombre de prestations

Formes d'aide	Nombre de personnes à qui les prestations ont été accordées				Nombre de prestations			
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
AU TOTAL	361.973	182.260	488.155	205.324	-	-	-	-
Réalisées par la gmina								
Au total	355.326	181.041	584.158		-	-	-	-
Allocations permanentes	161.867	171.342	182.161	184.300	1.504.897	1.657.992	1.763.171	1.800.984
Allocations permanentes	63.923	transferé vers le régime de prestations familiales			245.365	transferé vers le régime de prestations familiales		
Allocation périodique de maternité	57.005	-			193.704	-		
Allocation unique de maternité	34.101	transferé vers le régime de prestations familiales			34.381	transferé vers le régime de prestations familiales		
Allocations spéciales pour couvrir les dépenses liées au fléau naturel ou écologique	16.577	736	414.723	10.060	16.578	779	420.763	10.976
Services d'assistance spéciale aux personnes souffrant de troubles mentaux	8.908	9.361	9.366	9.941	3.535.695	3.873.852	3.605.851	3.961.857
Allocation périodique garantie	16.302	transferé vers le régime de prestations familiales			57.916	transferé vers le régime de prestations familiales		
Allocation périodique particulière	2.235	transferé vers le régime de prestations familiales			4.217	transferé vers le régime de prestations familiales		

Réalisées par le powiat								
Au total	408	420	652	521	-	-	-	-
Aide aux réfugiés	408	420	652	521	2.200	2.600	3.952	3.233

Nombre de personnes bénéficiaires des prestations pécuniaires dans le cadre de missions propres, ainsi que le nombre de prestations

Formes d'aide	Nombre de personnes, auxquelles les prestations ont été attribuées par voie de décision				Nombre de prestations			
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
Réalisées par la gmina								
Au total	2.169.990	2.425.634	2.452.943	2.211.220	-	-	-	-
Allocations périodiques	551.790	669.468	645.012	552.604	2.187.138	3.651.355	3.720.955	3.101.329
Repas	1.004.722	1.121.800	1.155.144	1.085.856	131.004.805	148.988.278	160.508.118	148.305.135
Services d'aide personnelle	80.650	81.981	88.525	90.016	33.762.152	33.460.187	35.006.672	34.844.786
Autres allocations spéciales et en nature	1.039.719	1.261.162	1.274.809	1.085.706	-	-	-	-
Abri	10.011	10.933	11.806	11.145	1.395.908	1.539.475	1.552.102	1.454.124
Vêtements	37.773	34.369	29.558	16.207	5.772.783	65.763	52.683	25.505
Funérailles	4.455	4.656	5.033	5.020	6.899.934	4.664	5.038	5.030
Réalisées par le powiat								
Aide accordée afin d'assurer une autonomie sociale et l'insertion sociale	-	-	-	-	-	-	-	-
Familles de substitution	57.145	60.259	64.321	66.177	-	-	-	-

Indicateurs d'assistance sociale

Indicateurs	2004	2005	2006	2007
Montant moyen de l'allocation permanente	313 zł	312 zł	318 zł	335 zł
Versement de l'allocation permanente, en mois	9,3	9,7	9,7	9,8
Montant moyen de l'allocation périodique	116 zł	149 zł	164 zł	174 zł
Versement de l'allocation périodique, en mois	3,9	3,9	5,8	5,6
Montant moyen de l'allocation spéciale par personne au cours de l'année	472 zł	440 zł	550 zł	638 zł

Conclusion négative

En ce qui concerne l'accès aux services assurés par l'assistance sociale, l'égalité de traitement des ressortissants des autres Etats-parties à la Charte qui habitent ou travaillent légalement en Pologne n'est pas garantie (une période de domiciliation trop longue exigée pour solliciter le titre de séjour qui conditionne l'accès aux services d'assistance sociale).

Une conclusion négative identique concerne l'article 14, alinéa 1. Les explications – voir la réponse à la conclusion négative concernant l'article 14, alinéa 1.

ARTICLE 14 – DROIT AU BENEFICE DES SERVICES SOCIAUX

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à bénéficier des services sociaux, les Parties Contractantes s'engagent :

1. à encourager ou organiser les services utilisant les méthodes propres au service social et qui contribuent au bien-être et au développement des individus et des groupes dans la communauté ainsi qu'à leur adaptation au milieu social ;

RAPPORT POUR LA PERIODE ALLANT DU 1 JANVIER 2003 AU 31 DECEMBRE 2007

ARTICLE 14 ALINEA 1

1/ Prière de décrire le cadre juridique général. Prière d'en spécifier la nature, les raisons et l'étendue de toute réforme.

ainsi que

2/ Prière d'indiquer les mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'actions, projets, etc.) pour mettre en oeuvre le cadre juridique.

Durant la période visée par le rapport pas de modification par rapport à ce qui a été présenté dans le rapport précédent.

L'assistance sociale est attribuée en cas de difficultés dans de la vie quotidienne. La loi sur l'assistance sociale ne précise pas ces situations, ne fait qu'énumérer les prémisses le plus fréquentes de leur création. La personne qui se trouve dans une situation difficile, autre que celles figurant dans la loi, a le droit de s'adresser au centre d'assistance sociale pour demander une aide. La liste de personnes ayant le droit à l'assistance et de situations dans lesquelles il est possible de solliciter une telle assistance prévus par la loi, n'est pas exhaustive.

L'article 106, alinéa 1 de la loi sur l'assistance sociale prévoit que l'attribution des prestations d'assistance sociale se base sur une décision administrative. L'attribution de l'aide sous cette forme permet aux personnes non satisfaites de faire appel, en vertu du Code de procédures administratives. L'appel à la décision peut être fait également par une autre personne, sous condition d'être autorisé à ce fin par la personne qui sollicite la prestation (alinéa 6 de l'article 106). La décision administrative n'est pas exigée pour l'attribution de la prestation sous forme d'intervention en cas de crise, du travail social, d'orientation, de la participation aux activités du club de l'aide mutuelle, et de l'attribution du billet d'accréditation (article 106, alinéa 2).

3/ Prière de fournir des données chiffrées, statistiques ou toutes autres informations pertinentes illustrant l'accès effectif aux services sociaux (un nombre total des bénéficiaires, le nombre de bénéficiaires par catégorie de services sociaux, nombre et répartition géographique des services, effectifs et qualifications du personnel).

Grille des dépenses à l'assistance sociale, avec répartition en prestations réalisées dans le cadre de missions commandées et missions propres

	2004	2005	2006	2007
Missions commandées – au total	696.888.171	559.753.232	1.085.664.092	679.287.485
dont :				
réalisées par gmina	695.614.768	558.138.440	1.083.104.610	677.391.839
réalisées par powiat	1.273.403	1.614.792	2.559.482	1.895.646
Missions propres – au total	1.869.543.855	2.326.159.613	2.651.871.567	2.626.240.973
dont :				
réalisées par gmina	1.327.896.839	1.760.440.731	2.056.759.294	2.020.326.672
réalisées par powiat	541.647.016	565.718.882	596.112.273	605.914.301
Dépenses au total	2.566.432.026	2.885.912.845	3.737.535.658	3.305.528.458

En 2006, dans le cadre d'aide pour compenser les conséquences de la sécheresse, 500 mln zl ont été transférés.

Travailleurs des centres d'assistance sociale

	2004	2005	2006	2007
Centres d'assistance sociale – au total dont :	38.076	39.887	41.484	42.907
Directeurs/dirigeants	2.549	2.534	2.538	2.534
Directeurs adjoints/Dirigeants adjoints	351	366	371	377
Assistants sociaux – au total dont :	15.165	15.351	15.767	16.329
Spécialiste en chef en travail social	391	432	511	635
Spécialiste en travail social	2.443	2.674	3.128	3.755
Assistant social en chef	7.573	7.488	7.064	6.529
Assistant social	4.758	4.757	5.062	5.398
y compris dans les zones établies pour fournir d'aide personnelle	11.795	11.952	12.559	13.188
Spécialiste principal	-	-	43	79
y compris celui étant l'assistant social	-	-	2	12
Aspirant en travail social	669	664	663	560
Employés fournissant les services d'aide personnelle	6.334	6.224	6202	6.279
Employés fournissant les services d'aide personnelle spécialisée	1.102	1.031	958	945
Conseiller	336	338	359	347
Coordinateur informatique	183	217	204	195
Conseiller juridique	220	226	240	242
Autres employés	11.167	12.936	14.141	15.032

Bénéficiaires des prestations choisies dans le cadre des missions réalisées par les gminas

Formes d'aide	Nombre de familles				Nombre de personnes en familles			
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
Conseil spécialisé	193.451	182.779	181.956	147.946	547.673	493.442	494.142	391.188
Intervention en cas de crise	37.132	33.897	32.419	34.734	105.853	86.447	79.392	85.255
Travail social	1.030.305	1.053.112	1.041.007	937.755	3.169.815	3.129.194	2.990.276	2.592.470

Etablissements stationnaires d'assistance sociale

	Nombre d'établissements (y compris les filiales)	Nombre d'habitants au total	de moins de 18 ans	de 75 ans et plus	Payant le séjour principalement avec la pension de retraite, pension, allocation permanente	Employés au total	y compris les médecins	Infirmières
2007								
Etablissements stationnaires d'assistance sociale	1.396	96.696	3.556	26.563	83.659*	54.475	260	7.748
y compris les maisons de repos	875	78.407	1.756	23.820	75.841*	51.025	165	7.337
2006								
Etablissements stationnaires d'assistance sociale	1.335	94.418	3.609	26.432	67,993	53.861	244	8.059
y compris les maisons de repos	877	78.672	1.830	24,095	63.448	50.812	175	7.670
2005								
Etablissements	1,274	93.372	3.647	26.010	72.714	52.755	269	8.187

stationnaires d'assistance sociale								
y compris les maisons de repos	880	78.887	1.960	24.020	68.655	50.154	193	7.826
* Locateurs qui paient leur séjour au moins en partie avec leurs propres revenus (retraite, pension, pension sociale, allocation permanente)								

Questions supplémentaires

1/ Les critères d'accès aux prestations assurés par les services sociaux (assistance sociale), autres que les prestations consistant en conseils; est-ce que ces prestations sont gratuites, et sinon, quels sont les critères de paiement, les taux pour les services fournis?

Services d'aide personnelle

La personne qui vit seule et qui en raison de son âge, d'une maladie ou d'autres causes, exige une assistance d'un tiers et en est privée, a le droit à l'aide sous forme d'aide personnelle ou d'aide personnelle spécialisé. Les services d'aide personnelle peuvent être accordés également à la personne qui a besoin d'aide d'un tiers, tandis que sa famille, y compris le conjoint co-locataire, ascendants et descendants, ne sont pas en mesure de lui assurer une telle aide. Le centre d'assistance sociale, en attribuant les soins d'aide personnelle, définit leur étendue, la période et le lieu de la prestation. En fonction de revenus et de la situation familiale et en tenant compte d'autres conditions essentielles, le centre d'assistance sociale peut exempter le bénéficiaire des frais.

Le paiement pour les services est règlementé par voie de résolution du conseil de gmina (ou conseil municipal). Le montant est calculé sur base du prix d'une heure de la prestation du service. Le montant varie, en moyenne c'est 10 zł pour une heure (en 2008). Ce montant constitue un montant de base pour établir le taux de remboursement; dans la plupart des cas le montant à payer dépend des revenus de la personne qui bénéficie des services.

Revenu tel comme calculé en vertu de l'article 8 de la loi sur l'assistance sociale en tant que % du critère de revenu	Paiement, cas d'une personne qui vit seule, en %	Paiement, cas d'une personne qui vit en famille, en %
inférieur à 100%	gratuit	gratuit
de 101% à 150%	5%	10%
de 151% à 200%	10%	15%
de 201% à 250%	15%	20%
de 251% à 300%	20%	25%
de 301% à 350%	25%	30%
de 351% à 400%	30%	40%
de 401% à 450%	40%	50%
de 451% à 500%	50%	60%
supérieur à 500 %	100%	100%

Maison de repos

La personne qui exige une assistance 24h/24 en raison de son âge, d'une maladie ou d'un handicap, qui n'est pas capable de vivre sans aide des tiers, et à qui il n'est pas possible d'assurer l'aide sous forme d'aide personnelle, a le droit à être placée dans une maison de repos. Le séjour est payant, du montant qui ne dépasse pas le montant mensuel moyen de coût de la vie dans une telle maison. Le montant est fixé par le maire à l'échelle de gmina (wójt), le maire de powiat (starosta) ou le maréchal de la voïvodie.

Le paiement pour le séjour dans une maison de repos est fait par, énumérés en ordre de succession :

- le locataire de la maison, dans le cas des mineurs leur représentant légal – des revenus de l'enfant,
- le conjoint, descendants puis ascendants,
- la gmina, compétente vu le lieu de résidence d'où la personne a été orientée vers la maison de repos.

Les frais du séjour dans une maison de repos sont couverts par :

- le bénéficiaire – jusqu’à 70% de son revenu, et dans le cas de mineurs – le représentant légal verse jusqu’à 70% des revenus de l’enfant,
- le conjoint, les descendants, puis les ascendants : dans le cas d’une personne seule, si son revenu est supérieur à 250% du critère de revenu applicable à la personne seule, le montant du revenu qui reste après le paiement ne peut pas être inférieur au 250% de ce critère, si le revenu par personne vivant en famille est supérieur à 250% du critère de revenu, le montant du revenu restant après le paiement des frais ne peut pas être inférieur à 250% du critère de revenu pour une personne en famille,
- la gmina à partir de laquelle la personne a été orientée vers la maison de repos – la différence entre les coûts de la vie moyens à la maison et les versements faits par des personnes mentionnées ci-dessus.

Autres services

En vertu de la loi sur l’assistance sociale, les gminas offrent des services spécialisés d’aide personnelle aux personnes souffrant de troubles mentaux (la mission commandée dans le cadre de la mission de l’administration gouvernementale, financée du budget de l’Etat). Le montant par heure est fixé par le centre d’assistance sociale (ou la gmina), se basant sur l’analyse des coûts liés à la prestation de tels services. Le montant par heure dépend de la spécificité du service (soins de réadaptation, aide psychologique ou thérapeutique) et des qualifications de la personne qui assure ces services (infirmière, kinésithérapeute, psychologue, instructeur thérapeute). Le montant par heure est une somme de base pour fixer le montant du paiement effectif. Le paiement pour les services est fixé en fonction du revenu du bénéficiaire, les indicateurs du paiement sont établis dans le règlement du Ministre de la Politique Sociale du 22 septembre 2005 relatif aux soins d’assistance spécialisés.

Revenu de la personne vivant seule ou d’une personne en famille	Les indicateurs de paiement fixés à partir du prix de service spécialisé - 1 heure, pour	
	personne vivant seule	personne vivant en famille
inférieur à 461 zł = 100 %	gratuit	gratuit
supérieur à 100 % jusqu’à 132,5 %	1,5 %	3,5 %
supérieur à 132,5 % jusqu’à 165 %	3 %	7 %
supérieur à 165 % jusqu’à 187,5 %	5 %	11 %
supérieur à 187,5 % jusqu’à 220 %	7 %	15 %
supérieur à 220 % jusqu’à 237,5 %	11 %	20 %
supérieur à 237,5 % jusqu’à 255 %	15 %	25 %
supérieur à 255 % jusqu’à 265 %	22,5 %	32,5 %
supérieur à 265 % jusqu’à 275 %	30 %	40 %
supérieur à 275 % jusqu’à 282,5 %	45 %	55 %
supérieur à 282,5 % jusqu’à 290 %	60 %	70 %
supérieur à 290 % jusqu’à 310 %	75 %	85 %
supérieur à 310 % jusqu’à 330 %	90 %	100 %
supérieur à 330 %	100 %	100 %

Le montant par heure varie de 10 zł à 20 zł. Dans le cas où le montant calculé est inférieur à 20 zł, le paiement n’est pas perçu.

En cas d’être bénéficiaire d’autres services pour lesquelles le paiement est perçu (le séjour dans une maison pour les mères seules, la participation aux centres d’aide mutuelle, ou d’autres), les personnes dont le revenu est inférieur au critère de revenu (dont il est question à la loi sur l’assistance sociale), sont exemptées des frais de ces services. Dans le cas d’autres personnes, les montants à payer sont modérés. Il existe aussi une possibilité pour les responsables des unités qui offrent ces services d’excepter dans des cas fondés, de demander le paiement pour les prestations fournies.

2/ Est-ce que les ressortissants étrangers employés légalement en Pologne (citoyens des Etats qui sont parties à la Charte), qui n'ont pas de permis d'établissement, ont l'accès aux prestations fournies par les services sociaux (assistance sociale) suivant les mêmes principes que les citoyens polonais ?

En vertu de l'article 5 de la loi sur l'assistance sociale, le droit aux prestations d'assistance sociale, si les accords internationaux ne prévoient pas autrement, ont :

- (alinéa 1) les personnes de nationalité polonaise domiciliées et demeurant sur le territoire de la République de Pologne,
- (alinéa 2) les ressortissants étrangers domiciliés et demeurant sur le territoire de la RP :
 - en vertu du permis d'établissement, permis de séjour de résident de longue durée des Communautés européennes, permis de résidence pour une période définie en rapport avec les circonstances décrites à l'article 53, alinéa 1, point 13 de la loi du 13 juin 2003 relative aux étrangers ou en rapport avec l'obtention du statut de réfugié ou d'une protection complémentaire,
 - en vertu du permis de séjour toléré – sous forme d'abri, de repas, de vêtements nécessaires et d'allocation spéciale,
- (alinéa 3) aux ressortissants des états membres de l'UE, qui sont domiciliés et demeurent sur le territoire de la RP, aux ressortissants des états membres de l'EFTA (Association européenne de libre-échange) – les parties au traité sur l'EEE ou la Confédération suisse et aux membres de leurs familles, en vertu de l'article 2, paragraphe 4 de la loi du 14 juillet 2006 relative à l'entrée sur le territoire de la République de Pologne, le séjour et le départ du territoire des ressortissants des états membres de l'UE et des membres de leurs familles, ayant le permis de séjour ou permis du séjour permanent sur le territoire de la RP.

En vertu de l'article 5 de la loi sur l'assistance sociale, les ressortissants étrangers qui travaillent légalement en Pologne s'ils n'ont pas de permis d'établissement, n'ont pas le droit aux prestations d'assistance sociale à moins que les accords internationaux ne stipulent pas autrement.

Dès l'entrée en vigueur de la loi sur l'assistance sociale on procède à un élargissement progressif de la liste catalogue des personnes (ressortissants étrangers) autorisés à recevoir les prestations d'assistance sociale. A part des ressortissants des états membres de l'UE, les états membres de l'EFTA – les parties au traité sur l'EEE ou la Confédération suisse et les membres de leurs familles, ce sont les personnes qui ont le statut de réfugiés, de victimes du trafic des êtres humains, ainsi que les personnes qui sont soumises à la protection complémentaire et les personnes qui ont le permis de séjour toléré.

La possibilité d'élargir l'étendue des droits aux prestations d'assistance sociale pour les ressortissants étrangers qui travaillent légalement en Pologne doit être examinée dans le contexte de l'ensemble de la politique d'immigration économique et de l'intégration des étrangers qui séjournent en Pologne. Dans les rapports successifs sur la mise en oeuvre des dispositions de la Charte sociale européenne il a été signalé que la Pologne ne met pas en oeuvre la politique orientée vers l'immigration des salariés, pour cela le maintien des règles strictes en matière d'accès aux prestations est bien fondé.

3/ Est-ce que les dépenses à l'assistance sociale qui permettent l'emploi d'un nombre plus important du personnel hautement qualifié, ont augmenté ?

La loi sur l'assistance sociale impose l'obligation d'embaucher un nombre suffisant de personnes pour l'exercice de missions. En vertu de l'article 110, alinéa 1, point 11 de la loi le centre d'assistance sociale embauche un nombre d'assistants sociaux proportionnel au nombre de la population de la gmina, un assistant social sur 2 milles d'habitants, toutefois non moins que trois employés au total. D'après les informations en disposition du Ministère du travail et

de la politique sociale, l'exigence prévue par la loi n'est pas remplie dans certaines gminas, mais les collectivités locales, en fonction de moyens financiers, embauchent de nouveaux assistants sociaux.

Les assistants sociaux embauchés par les centres d'assistance sociale et par les centres d'aide aux familles de powiat, sont les fonctionnaires de gmina ou de powiat et c'est aux collectivités d'assurer les fonds pour les rémunérations. Le Ministère du travail et de la politique sociale ne dispose pas de données sur le montant des dépenses destinées à l'embauche des assistants sociaux.

En 2005 une nouvelle disposition a été introduite à la loi sur l'assistance sociale, en vertu de laquelle l'assistant social embauché à temps plein dans les centres d'assistance sociale et si son tâche principal consiste en travail social dans le milieu local, y compris les enquêtes sociales en dehors du siège de l'établissement, a le droit au supplément au revenu versé mensuellement, de montant de 250 zł. Le supplément est financé des fonds de l'Etat.

Le soutien aux centres d'assistance sociale est prévu dans le Programme Opérationnel Ressources Humaines (Program Operacyjny Kapitał Ludzki) 2007-2013, Priorité VII : Promotion de l'intégration sociale (réalisé à l'échelle régionale), l'Action 7.1 Développement et généralisation de l'intégration active. Les unités d'organisation d'assistance sociale (centres d'assistance sociale et centres d'aide aux familles de powiat), en mettant en place les projets systémiques adressés à des personnes menacées d'exclusion sociale, en vue de leur insertion sociale, peuvent obtenir dans le cadre du projet les moyens financiers destinés à l'embauche d'assistants sociaux et d'assistants des personnes handicapées.

Les actions consistant en le soutien et de modification du système d'assistance et d'insertion sociale sont prévues dans la Priorité I du Programme POKL, Emploi et Insertion sociale (réalisé à l'échelle centrale), l'Action 1.2. Le soutien systémique aux institutions d'assistance et d'insertion sociale, dont l'objectif est d'améliorer la qualité et l'efficacité du fonctionnement de ces institutions, à travers d'élargissement des services fournis par ces institutions, l'amélioration du système de surveillance et d'évaluation de l'efficacité des actions entreprises, ainsi que les investissements au développement des qualifications et compétences du personnel. L'objectif du projet « Amélioration des qualifications professionnelles des assistants sociaux et d'insertion sociale » est un soutien aux assistants sociaux proposé sous forme de formation gratuite ayant pour but l'amélioration de qualifications professionnelles et de compétences (études du 1^{er} et du 2nd degré, études de post-graduation, degré I et II de spécialisation professionnelle au métier d'assistant social, supervision). Le projet comprend quatre composants indépendants, dont la réalisation commencera en 2008 et sera poursuivie les années suivantes. Les participants au projet sont exempts des frais de formation, nourriture, hébergement, manuels, déplacements et autres.

Conclusion négative

L'égalité d'accès aux services de l'assistance sociale des ressortissants des autres états-parties à la Charte qui habitent ou travaillent légalement en Pologne n'est pas garantie (période de domiciliation trop longue pour solliciter le titre de séjour qui conditionne l'accès à l'assistance sociale).

En vertu de l'article 5 de la loi sur l'assistance sociale qui porte sur le droit aux prestations de l'assistance sociale, ce droit ont les personnes domiciliées et demeurant en Pologne ce qui, dans le cas de la plupart des ressortissants étrangers indique la nécessité d'avoir un permis d'établissement (à l'exception des réfugiés, victimes du trafic des êtres humains, personnes qui se trouvent sous la protection complémentaire ou personnes qui détiennent un permis de séjour toléré). Il n'y a pas de projet de modification des dispositions de la loi sur l'assistance sociale en vue de l'élargissement substantiel de son champ d'application personnel.