



mars 2022

CHARTÉ SOCIALE EUROPÉENNE RÉVISÉE

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2021

ANDORRE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

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

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

Le présent chapitre concerne l'Andorre, qui a ratifié la Charte sociale européenne révisée le 12 novembre 2004. L'échéance pour remettre le 14^e rapport était fixée au 31 décembre 2020 et l'Andorre l'a présenté le 18 mai 2021.

Le Comité rappelle qu'il a été demandé à l'Andorre de répondre aux questions ciblées posées au titre de diverses dispositions (questions figurant dans l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, dans laquelle le Comité demandait un rapport sur l'application des dispositions de la Charte). Le Comité s'est donc concentré sur ces aspects. Il a également examiné les réponses données à tous les constats de non-conformité ou décisions d'ajournement formulés dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2017).

En outre, le Comité rappelle qu'aucune question ciblée n'a été posée au titre de certaines dispositions. Si la conclusion précédente (Conclusions 2017) a conclu à la conformité de la situation, il n'y a pas eu d'examen de la situation en 2020.

Conformément à la procédure adoptée par le Comité des Ministres lors de la 1196^e réunion des Délégués des Ministres des 2-3 avril 2014, le rapport concernait les dispositions du groupe thématique II « Santé, sécurité sociale et protection sociale » :

- droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail (article 3) ;
- droit à la protection de la santé (article 11) ;
- droit à la sécurité sociale (article 12) ;
- droit à l'assistance sociale et médicale (article 13) ;
- droit au bénéfice des services sociaux (article 14) ;
- droit des personnes âgées à une protection sociale (article 23) ;
- droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale (article 30).

L'Andorre a accepté toutes les dispositions de ce groupe.

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

Les Conclusions relatives à l'Andorre concernent 16 situations et sont les suivantes :

- 5 conclusions de conformité : articles 11§2, 12§2, 14§1, 14§2 et 23 ;
- 4 conclusions de non-conformité : articles 3§2, 12§1, 12§4 et 13§1.

En ce qui concerne les 7 autres situations, régies par les articles 3§1, 3§3, 11§1, 11§3, 12§3, 13§4 et 30, le Comité nécessite des informations supplémentaires pour être en mesure d'examiner la situation.

Le Comité considère que l'absence des informations demandées est incompatible avec l'obligation de l'Andorre de présenter des rapports en vertu de la Charte révisée.

Le rapport suivant de l'Andorre traitera des dispositions du groupe thématique III « Droits liés au travail » :

- droit à des conditions de travail équitables (article 2) ;
- droit à une rémunération équitable (article 4) ;
- droit syndical (article 5) ;
- droit de négociation collective (article 6) ;
- droit à l'information et à la consultation (article 21) ;

- droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travail et du milieu du travail (article 22) ;
- droit à la dignité au travail (article 26) ;
- droit des représentants des travailleurs à la protection dans l'entreprise et facilités à leur accorder (article 28) ;
- droit à l'information et à la consultation dans les procédures de licenciements collectifs (article 29).

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

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

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

Paragraphe 1 - Sécurité, santé et milieu du travail

Le Comité note que le rapport de l'Andorre ne fournit aucune information concernant cette disposition de la Charte.

Le Comité note qu'aux fins du présent rapport, il a été demandé aux États de répondre aux questions ciblées spécifiques posées aux États au titre de l'article 3§1 de la Charte, ainsi que, le cas échéant, aux conclusions antérieures de non-conformité ou d'ajournement (voir l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, par laquelle le Comité a demandé un rapport sur la mise en œuvre de la Charte en ce qui concerne les dispositions relevant du groupe thématique « Santé, sécurité sociale et protection sociale »).

Dans sa précédente conclusion, le Comité a estimé que dans l'attente des informations demandées, la situation de l'Andorre était conforme à l'article 3§1 de la Charte (Conclusions 2017). Il limitera donc son examen aux réponses du gouvernement aux questions ciblées.

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

Objectif général de la politique

Le Comité a demandé dans sa question ciblée quels étaient les processus de formulation des politiques et les dispositions pratiques prises pour identifier les situations nouvelles ou émergentes qui représentent un défi pour le droit à des conditions de travail sûres et saines, ainsi que les résultats de ces processus et les développements futurs prévus.

Le Comité observe que le rapport ne fournit aucune information concernant l'article 3§1. Le Comité réitère donc sa demande et souligne que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de l'Andorre soit conforme à l'article 3§1.

Covid-19

Le Comité a posé une question ciblée sur la protection des travailleurs de première ligne, les instructions et la formation, la quantité et l'adéquation des équipements de protection individuelle fournis aux travailleurs, et sur l'efficacité de ces mesures dans le cadre de la pandémie de la covid-19.

Le rapport ne répond pas à la question relative à la covid-19 adressée aux États.

Conformément à sa Déclaration sur la covid-19 et les droits sociaux (mars 2021), le Comité rappelle que dans le contexte de la crise de la covid-19, et en vue d'atténuer l'impact négatif de la crise et d'accélérer la reprise sociale et économique post-pandémique, chaque État partie doit évaluer si ses cadres juridiques et politiques existants sont adéquats pour assurer une réponse conforme à la Charte aux défis présentés par la covid-19. Si ces cadres ne sont pas adéquats, l'État doit les modifier dans un délai raisonnable, avec des progrès mesurables et dans une mesure compatible avec l'utilisation maximale des ressources disponibles, y compris par l'adoption de toute mesure supplémentaire nécessaire pour garantir que l'État est en mesure de se conformer aux obligations de la Charte face aux risques pour les droits sociaux posés par la crise de la covid-19.

Le Comité souligne que, pour garantir les droits énoncés à l'article 3, une réponse en termes de législation et de pratique nationales à la covid-19 devrait impliquer l'introduction immédiate de mesures de santé et de sécurité sur le lieu de travail, telles qu'une distance

physique adéquate, l'utilisation d'équipements de protection individuelle, le renforcement de l'hygiène et de la désinfection, ainsi qu'une surveillance médicale plus étroite, le cas échéant. À cet égard, il convient de tenir compte du fait que certaines catégories de travailleurs sont exposées à des risques accrus, comme les travailleurs de santé de première ligne, les travailleurs sociaux, les enseignants, les travailleurs du transport et de la livraison, les travailleurs de la collecte des ordures, et les travailleurs de la transformation agroalimentaire. Les États parties doivent veiller à ce que leurs politiques nationales en matière de sécurité et de santé au travail, ainsi que leurs réglementations en matière de santé et de sécurité, reflètent et prennent en compte les agents dangereux et les risques psychosociaux particuliers auxquels sont confrontés les différents groupes de travailleurs dans le contexte de la covid-19. Le Comité souligne également que la situation exige un examen approfondi de la prévention des risques professionnels au niveau de la politique nationale ainsi qu'au niveau de l'entreprise, en étroite consultation avec les partenaires sociaux, comme le stipule l'article 3§1 de la Charte. Le cadre juridique national peut nécessiter des modifications et les évaluations des risques au niveau de l'entreprise doivent être adaptées aux nouvelles circonstances.

Conclusion

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

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

Paragraphe 2 - Règlements de sécurité et d'hygiène

Le Comité note que le rapport de l'Andorre ne fournit aucune information concernant cette disposition de la Charte.

Le Comité note qu'aux fins du présent rapport, il a été demandé aux États de répondre aux questions ciblées posées aux États pour cette disposition (questions figurant dans l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, dans laquelle le Comité demandait un rapport sur la mise en œuvre de la Charte en ce qui concerne les dispositions relevant du groupe thématique « Santé, sécurité sociale et protection sociale ») ainsi que des conclusions antérieures de non-conformité ou de report.

Dans sa précédente conclusion, le Comité a conclu que la situation en Andorre n'était pas conforme à l'article 3§2 de la Charte au motif que la législation et la réglementation en matière de santé et de sécurité ne couvraient pas spécifiquement la majorité des risques, que les niveaux de protection contre l'amiante et les rayonnements ionisants étaient insuffisants et que les travailleurs indépendants n'étaient pas suffisamment protégés (Conclusions 2017).

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a estimé que la situation en Andorre n'était pas conforme à la Charte car la législation et la réglementation en matière de santé et de sécurité ne couvraient pas spécifiquement la majorité des risques (Conclusions 2017).

Le Comité note que le rapport ne fournit aucune information sur ce point. En conséquence, le Comité réitère sa conclusion antérieure de non-conformité.

Le Comité demande de fournir des informations détaillées sur les mesures réglementaires adoptées pour améliorer la sécurité et l'hygiène professionnelles en lien avec les situations connues, changeantes ou nouvelles (notamment en ce qui concerne le stress et le harcèlement au travail ; l'utilisation de substances au travail et la responsabilité de l'employeur ; la stricte limitation et réglementation du suivi électronique des travailleurs ; la déconnexion numérique obligatoire du milieu de travail lors des périodes de repos – aussi appelée « détox numérique » ; la santé et la sécurité dans l'économie numérique et des plateformes, etc.) et sur les dispositions réglementaires concernant les formes de blessures ou de maladies professionnelles nouvellement reconnues (telles que l'automutilation ou le suicide liés au travail, le syndrome de burn-out, les troubles liés à la consommation d'alcool ou d'autres substances ; les troubles de stress post-traumatique (TSPT), les blessures et l'invalidité dans l'industrie du divertissement sportif, y compris, dans les cas où ces blessures ou invalidités peuvent prendre des années, voire des décennies, pour se manifester, par exemple, dans les cas de lésions au cerveau difficiles à détecter, etc.).

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

Le Comité considère que, conformément aux obligations des États parties en vertu de l'article 3§2, afin de protéger la santé physique et mentale des personnes qui pratiquent le télétravail ou le travail à distance et de garantir le droit de tout travailleur à un environnement de travail sûr et sain, il est nécessaire de donner pleinement effet au droit des travailleurs de refuser d'effectuer un travail en dehors de leurs heures normales de travail (à l'exception du travail considéré comme des heures supplémentaires et pleinement reconnu en conséquence) ou pendant leurs vacances ou d'autres formes de congé (parfois appelé « droit à la déconnexion »).

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

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

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

Protection contre les substances et agents dangereux

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé des éclaircissements sur l'applicabilité devant les tribunaux des conventions no 162 de l'OIT sur l'amiante (1986) et 115 sur les rayonnements ionisants (1960) ; Recommandations nos 172 sur l'amiante (1986) et 114 sur la protection contre les rayonnements (1960) ; la recommandation de la CIPR (1990) et la directive 96/29/Euratom ; et la fiche de données de sécurité internationale, ainsi que sur l'application pratique de ces textes par les employeurs. Le Comité a estimé que si le prochain rapport ne contenait pas ces informations, rien ne permettrait de déterminer si la situation en Andorre était conforme à la Charte (Conclusions 2017).

Le rapport ne contient aucune information demandée sur ce point. Par conséquent, le Comité estime que la situation en Andorre n'est pas conforme à l'article 3§2 de la Charte sur ce point au motif qu'il n'a pas été établi que les Conventions de l'OIT no 162 sur l'amiante (1986) et 115 sur les rayonnements ionisants (1960) ; Recommandations nos 172 sur l'amiante (1986) et 114 sur la protection contre les rayonnements (1960) ; la recommandation de la CIPR (1990) et la directive 96/29/Euratom sont exécutoires devant les tribunaux et appliquées dans la pratique par les employeurs.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a estimé que la situation en Andorre n'était pas conforme à la Charte car les niveaux de protection contre l'amiante et les rayonnements ionisants étaient insuffisants (Conclusions 2017).

Le rapport ne fournit aucune information sur ce point. En conséquence, le Comité réitère sa conclusion antérieure de non-conformité.

Champ d'application personnel des règlements

Dans sa conclusion précédente, le Comité a estimé que la situation en Andorre n'était pas conforme à la Charte parce que les travailleurs indépendants n'étaient pas suffisamment protégés (Conclusions 2017).

Le rapport ne fournit aucune information sur ce point. En conséquence, le Comité réitère sa conclusion antérieure de non-conformité.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Andorre n'est pas conforme à l'article 3§2 de la Charte aux motifs que :

- la législation et la réglementation de sécurité et d'hygiène ne couvre pas de manière spécifique une majorité de risques ;
- il n'est pas établi que les Conventions de l'OIT n° 162 sur l'amiante (1986) et 115 sur les rayonnements ionisants (1960) ; Recommandations n^{os} 172 sur l'amiante (1986) et 114 sur la protection contre les rayonnements (1960) ; la recommandation de la CIPR (1990) et la directive 96/29/Euratom sont exécutoires devant les tribunaux et appliquées dans la pratique par les employeurs ;
- les niveaux de protection contre l'amiante et les radiations ionisantes sont insuffisants ;
- les travailleurs indépendants ne jouissent pas d'une protection adéquate.

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

Paragraphe 3 - Application des règlements de sécurité et d'hygiène

Le Comité note que le rapport de l'Andorre ne fournit aucune information concernant cette disposition de la Charte.

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a estimé que la situation de l'Andorre était conforme à l'article 3§3 de la Charte. (Conclusions 2017)

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le Comité a précédemment examiné la situation en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles et, constatant que les taux d'incidence des accidents du travail et des accidents mortels ont globalement poursuivi la tendance à la baisse, a conclu que la situation en Andorre était conforme à la Charte (Conclusions 2017).

Dans sa question ciblée sur l'article 3§3 relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, le Comité demandait des statistiques sur la prévalence des décès, blessures et invalidités liés au travail y compris en ce qui concerne le suicide et d'autres formes d'automutilation, les TSPT, le surmenage et les troubles liés à la consommation d'alcool ou d'autres substances, ainsi que sur les études épidémiologiques conduites pour évaluer les effets sur la santé à (plus) long terme des nouveaux emplois à haut risque (par exemple, les services de livraison à vélo, incluant les personnes employées ou celles dont le travail est géré par l'intermédiaire de plateformes numériques ; les intervenants dans l'industrie du sport et des loisirs, notamment les sports de contact ; les emplois impliquant des formes particulières d'interaction avec les clients et le recours possible à des substances potentiellement nuisibles, telles que l'alcool ou d'autres substances psychoactives ; les nouvelles formes d'opérations en bourse à haut rendement, qui génèrent un niveau de stress important ; le personnel militaire ou des services répressifs, etc.) et également en ce qui concerne les victimes de harcèlement au travail et la mauvaise gestion.

En l'absence de réponse aux questions ciblées, le Comité réitère sa demande d'information à cet égard et ajourne ses conclusions. Il considère que si les informations demandées ne sont pas fournies dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation en Andorre est conforme à l'article 3§3.

Activités de l'Inspection du travail

Le Comité a précédemment examiné la situation concernant les activités de l'Inspection de travail et, constatant que le nombre d'inspections et de sanctions a significativement augmenté pendant la période de référence, a conclu que la situation en Andorre était conforme à la Charte (Conclusions 2017).

La question ciblée sur les activités de l'Inspection du travail concernait l'organisation de celle-ci, l'évolution des ressources allouées aux services de l'Inspection du travail, y compris les ressources humaines ; le nombre de visites de contrôle de santé et de sécurité effectuées par l'Inspection du travail, la part des travailleurs et des entreprises couvertes par ces visites, le nombre d'infractions aux règles sanitaires et de sécurité, et la nature et le type de sanctions infligées ; si les inspecteurs sont habilités à contrôler tous les lieux de travail, y compris les locaux d'habitation, dans tous les secteurs de l'économie.

En l'absence de réponse aux questions ciblées, le Comité réitère sa demande d'information à cet égard et ajourne ses conclusions. Il considère que si les informations demandées ne sont pas fournies dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation en Andorre est conforme à l'article 3§3.

Conclusion

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

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

Paragraphe 4 - Services de santé au travail

Le Comité note qu'aucune question ciblée n'a été posée au titre de l'article 3§4 de la Charte. La précédente conclusion ayant conclu que la situation d'Andorre était conforme à la Charte, il n'y a pas eu d'examen de la situation en 2021.

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 1 - Elimination des causes d'une santé déficiente

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Andorre.

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a conclu que la situation de l'Andorre était conforme à l'article 11§1 de la Charte, dans l'attente des informations demandées (Conclusions 2017). Par conséquent, l'appréciation du Comité ne portera que sur les informations fournies par le gouvernement en réponse aux questions ciblées .

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

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Dans une question ciblée, le Comité a demandé à ce que le rapport fournisse des données statistiques globales et ventilées sur l'espérance de vie dans tout le pays et entre les différents groupes de population (population urbaine ; population rurale ; différents groupes ethniques et minorités ; personnes sans domicile fixe ou chômeurs de longue durée, etc.) en identifiant les situations anormales (par exemple, des zones particulières sur le territoire ; des professions ou des emplois spécifiques ; la proximité de mines ou de sites hautement contaminés ou de zones industrielles actives ou à l'arrêt, etc.) ainsi que sur la prévalence de certaines maladies (comme le cancer) parmi les groupes concernés ou de maladies infectieuses transmissibles par le sang (par exemple, les nouveaux cas de VIH ou d'hépatite C parmi les personnes atteintes de troubles liés à la consommation de substances ou les détenus, etc.).

Le rapport indique qu'actuellement, l'Andorre ne dispose pas de données statistiques sur l'espérance de vie, la prévalence du cancer ou d'autres maladie chroniques. Cette situation devrait changer en 2022 en ce qui concerne l'espérance de vie (à travers le Programme statistique annuel 2021). En outre, les travaux d'élaboration d'un registre contenant des données statistiques sur la prévalence du cancer ont déjà commencé. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur les données statistiques.

Le rapport fournit des informations sur les nouveaux cas d'infection par le VIH et l'hépatite C. Il indique que ces dernières années, les relations sexuelles ont été la principale voie de transmission du VIH et qu'il n'y a pas eu de nouveaux cas d'infection par consommation de drogues ni parmi les détenus. En 2019, six nouveaux cas de VIH ont été signalés. Le rapport indique également qu'il n'y a pas eu de nouveaux cas d'infection par l'hépatite C. Le dernier cas détecté remonte à 2018 et il s'agissait d'un cas de transmission par voie sexuelle.

Accès aux soins de santé

Le Comité a demandé, sous forme de question ciblée, des informations sur les services de soins de santé sexuelle et reproductive pour les femmes et les filles (incluant l'accès aux

services d'avortement) ainsi que des informations statistiques sur les maternités précoces (jeunes filles mineures) et sur les taux de mortalité infantile et maternelle.

Le rapport fournit des informations sur les programmes actuels qui concernent principalement la santé sexuelle et reproductive, tels que : le Programme de consultation pour les jeunes, dont l'objectif principal est l'éducation sexuelle et reproductive, le Programme de santé maternelle et infantile, qui vise à offrir une assistance et un soutien aux femmes pendant toutes les étapes de la maternité (grossesse, soins postnataux, etc.) et le Service intégral d'aide aux femmes (SIAD), qui a été créé en mars 2020 (hors période de référence).

Le rapport contient des informations statistiques sur les grossesses précoces et sur la mortalité infantile et périnatale, mais aucune concernant la mortalité maternelle. Par conséquent, le Comité réitère sa demande d'informations à cet égard.

Le rapport indique que l'Andorre compte sept gynécologues qui répondent aux besoins de toutes les femmes, notamment en ce qui concerne leur santé sexuelle et reproductive. Les femmes peuvent librement choisir leur gynécologue.

Le rapport ne fournit aucune information sur l'accès à l'avortement. Le Comité note que, selon le rapport du Centre pour les droits reproductifs intitulé « Lois européennes relatives à l'avortement : un aperçu comparatif », l'avortement en Andorre n'est en aucun cas autorisé.

Le Comité relève par ailleurs dans les Observations finales du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) que le CEDAW a recommandé à l'Andorre de légaliser l'interruption de grossesse, au moins en cas de risque pour la vie de la femme enceinte, de viol, d'inceste et de malformation grave du fœtus, et de dépénaliser l'avortement dans tous les autres cas. Le CEDAW était préoccupé par le fait que les femmes et les filles, pour se faire avorter, sont obligées de se rendre à l'étranger, dans des pays où la loi autorise l'avortement pour un plus large éventail de motifs, et par le fait que celles qui n'ont pas les moyens de se déplacer à l'extérieur de l'État partie pour se faire avorter, notamment les femmes et les filles pauvres ou migrantes, peuvent être contraintes de mener leur grossesse à terme ou de subir un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions, ce qui peut entraîner de graves souffrances physiques et psychologiques. Le CEDAW exprimait également ses inquiétudes quant à l'accès limité aux moyens de contraception modernes, notamment les obstacles auxquels les adolescentes peuvent se heurter avant de pouvoir accéder aux services d'information et de santé procréative, y compris aux moyens de contraception, et quant au fait que les prestataires de soins de santé et les conseillers en matière de grossesse ne peuvent pas communiquer librement des informations sur l'avortement, de crainte d'être poursuivis pour violation de l'article 108 du Code pénal (CEDAW, Observations finales concernant le quatrième rapport périodique de l'Andorre, CEDAW/C/AND/CO/4, 13 novembre 2019).

Le Comité demande que les autorités commentent ces informations dans le prochain rapport. Il réserve sa position sur ce point.

Le Comité demande des informations sur les mesures prises pour veiller à ce que les femmes et les filles aient accès aux méthodes de contraception modernes. Il demande également des informations sur la part du coût des contraceptifs qui n'est pas couverte par l'État (lorsque cette dépense n'est pas totalement remboursée par ce dernier).

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur la part des dépenses de santé publique dans le PIB.

Le Comité renvoie à la question générale qu'il a posée dans l'Introduction générale au sujet du droit à la protection de la santé des personnes transgenres. Il rappelle que le respect de l'intégrité physique et psychologique fait partie intégrante du droit à la protection de la santé garanti par l'article 11. Ce dernier impose un éventail d'obligations positives et négatives, notamment l'obligation pour l'État de non-ingérence directe ou indirecte dans l'exercice du

droit à la santé. Toute forme de traitement médical qui n'est pas nécessaire peut être considérée comme contraire à l'article 11, si l'accès à un autre droit est subordonné à son acceptation (*Transgender Europe et ILGA-Europe c. République tchèque*, réclamation n° 117/2015, décision sur le bien-fondé du 15 mai 2018, paragraphes 74, 79 et 80).

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

Le Comité invite les États à fournir des informations sur l'accès des personnes transgenres à un traitement de réassignation de genre (tant en ce qui concerne la disponibilité que l'accessibilité). Il demande si la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres exige (en droit ou en pratique) qu'elles subissent une stérilisation ou tout autre traitement médical qui pourrait nuire à leur santé ou à leur intégrité physique et psychologique. Le Comité invite également les États à fournir des informations sur les mesures prises pour que l'accès aux soins de santé en général, notamment aux soins de santé sexuelle et reproductive, soit garanti sans discrimination fondée sur l'identité de genre.

Le Comité a demandé, sous forme de question ciblée, des informations sur les mesures permettant de garantir un consentement éclairé aux interventions médicales ou aux traitements médicaux (au regard de l'article 11§2). Le rapport indique que l'article 9 de la loi n° 20/1017 du 27 octobre 2017 relative aux droits et devoirs des usagers et professionnels du système de santé et aux dossiers médicaux prévoit que toute action liée à la santé d'un patient requiert son consentement libre, précis, éclairé et sans équivoque. En règle générale, le consentement doit être verbal. Toutefois, il doit être rendu par écrit dans le cas d'opérations chirurgicales, de procédures de diagnostic ou de traitements invasifs qui comportent des risques graves ou des inconvénients notoires et prévisibles qui peuvent avoir des conséquences négatives sur la santé du patient. À tout moment, le patient peut retirer son consentement, même après le début du traitement. Dans ce cas de figure, le patient doit être préalablement informé des conséquences possibles de l'arrêt du traitement.

Le rapport indique que la loi n° 20/2017 prévoit également des exceptions à l'exigence de consentement éclairé dans les situations suivantes :

- lorsqu'il existe un risque pour la santé publique (si des raisons sanitaires l'exigent, conformément à la loi) ;
- lorsque, en cas de risque grave et immédiat pour l'intégrité physique ou psychologique du patient, il est impossible de connaître sa volonté en raison de son incapacité à prendre une décision, parce qu'il n'a pas donné de directives préalables ou parce qu'il n'est pas possible d'entrer en contact avec un représentant désigné ou une personne proche du patient.

Covid-19

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

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

En ce qui concerne la prise en charge des personnes malades, le rapport indique que le système de santé a été adapté et des ressources spécifiques ont été mobilisées pour gérer la crise sanitaire. Le rapport ajoute que la flexibilité du système a été rendue possible grâce à la bonne communication et à la coordination des professionnels de santé concernés. Un Plan d'urgence qui regroupe les différents dispositifs d'assistance a été mis en place.

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

Le Comité rappelle que l'accès aux soins de santé doit être garanti à tous sans discrimination. Cela implique que les soins de santé en cas de pandémie doivent être effectifs et abordables pour tous et que les États doivent garantir que les groupes particulièrement exposés à des risques élevés, tels que les sans-abri, les pauvres, les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes vivant en institution, les personnes détenues et les personnes en situation irrégulière sont protégés de manière appropriée par les mesures sanitaires mises en place. De plus, les États doivent prendre des mesures spécifiques bien ciblées pour garantir l'exercice du droit à la protection de la santé des personnes dont le travail (formel ou informel) les expose à un risque particulier d'infection (Observation interprétative sur le droit à la protection de la santé en temps de pandémie, 21 avril 2020).

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

Conclusion

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

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 2 - Services de consultation et d'éducation sanitaires

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Andorre.

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

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la situation de l'Andorre était conforme à l'article 11§2 de la Charte, dans l'attente des informations demandées (Conclusions 2017).

Éducation et sensibilisation de la population

Dans ses questions ciblées, le Comité a demandé des informations sur l'éducation en matière de santé (dont l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive) et sur les stratégies de prévention associées (notamment par le biais de l'autonomisation, utile pour remédier aux comportements d'automutilation, aux troubles de l'alimentation, à la consommation d'alcool et de drogues) au niveau de la population, tout au long de la vie ou en formation continue, et des écoles.

Le rapport indique que des mesures sont prises pour encourager les citoyens à adopter un mode de vie sain, à augmenter leur activité physique et à améliorer leurs habitudes alimentaires. De plus, le Service Intégral d'Attention à la Femme est chargé de répondre à toutes les requêtes relatives à la santé sexuelle et reproductive. Le rapport indique également que le projet « APTITUDE » (POCTEFA) est en cours de développement pour empêcher les personnes âgées de perdre leur autonomie. Le projet vise à pallier la fragilité des personnes âgées de plus de 65 ans, en retardant leur dépendance et/ou leur institutionnalisation grâce à diverses interventions, principalement liées à l'exercices physique et aux habitudes alimentaires.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations détaillées sur l'éducation en matière de santé et sur les stratégies de prévention associées (notamment grâce à l'autonomisation, utile pour remédier aux comportements d'automutilation, aux troubles alimentaires et à la consommation d'alcool et de drogues) au niveau de la population, tout au long de la vie ou en formation continue.

En ce qui concerne l'éducation à la santé dans les écoles, le rapport présente le programme d'éducation qui englobe des thèmes tels que l'éducation sexuelle et reproductive, la nutrition, l'alimentation saine et les troubles de l'alimentation, la prévention de la consommation de tabac, d'alcool et de drogues, la prévention des accidents, etc. Dans sa conclusion précédente, le Comité a déjà noté que l'éducation à la santé est assurée tout au long de la scolarité et est inscrite dans les programmes scolaires (Conclusions 2017).

Dans ses questions ciblées, le Comité a également demandé des informations sur la sensibilisation et l'éducation en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre (OSIG) et de violence fondée sur le genre. En réponse, le rapport indique que les séminaires sur ces sujets sont organisés depuis dix ans dans des centres éducatifs à travers le pays. Des séminaires sur le harcèlement et l'égalité traitant, entre autres, la question de l'OSIG, sont également organisés depuis deux ans. En outre, le plan de sensibilisation à l'égalité des sexes a été élaboré et approuvé par le ministère des Affaires Sociales, du Logement et de la Jeunesse et le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement Supérieur. Ce plan et les Lignes directrices pour la coopération dans les cas de violence de genre et de violence

domestique comportent des recommandations destinées aux professionnels du milieu scolaire. Le Comité prend note des campagnes de sensibilisation présentées dans le rapport.

Consultations et dépistage des maladies

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré que la situation de l'Andorre était conforme à l'article 11§2 en ce qui concerne les services de consultation et de dépistage disponibles pour les femmes enceintes et les enfants (Conclusions 2017). Toutefois, il réitère sa demande d'informations actualisées sur la vaccination systématique des filles contre le VPH.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Andorre est conforme à l'article 11§2 de la Charte.

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 3 - Prévention des maladies et accidents

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Andorre.

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

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

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

Dans sa précédente conclusion, le Comité a conclu, en l'attente des informations demandées sur les accidents, que la situation de l'Andorre était conforme à l'article 11§3 de la Charte (Conclusions 2017).

Services de santé dans les lieux de détention

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

Le rapport indique avec précision quels sont les effectifs du seul établissement pénitentiaire du pays, La Comella, à savoir : du personnel infirmier, un médecin généraliste, un psychiatre et un psychologue clinicien. Il en ressort par ailleurs que les détenus ont accès à des soins spécialisés dans des services de santé de proximité.

Services de santé mentale de proximité

Dans une question ciblée, le Comité a demandé à recevoir des informations concernant l'existence de services de soins de santé mentale de proximité et l'ampleur de ces services, ainsi que sur la transition vers les établissements fournissant ce type de services en remplacement des anciennes institutions de grande taille. Le Comité a également demandé qu'on lui fournisse des informations statistiques sur les actions menées sur le terrain pour évaluer la santé mentale des populations vulnérables ainsi que sur les mesures proactives adoptées pour veiller à ce que les personnes ayant besoin de soins de santé mentale ne soient pas négligées.

Le rapport note que les équipes mobiles cherchent activement à identifier les personnes vulnérables dans la collectivité afin d'offrir un accompagnement là où c'est nécessaire, une tâche qui est facilitée par la taille assez réduite de la population.

Prévention de la toxicomanie et réduction des risques

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

Le rapport indique qu'au cours de la période 2016-2018, il y a eu un décès lié à la drogue en Andorre. Il décrit en outre les mesures de prévention, de réduction des risques et de traitement qui sont appliquées.

Environnement sain

Dans une question ciblée, le Comité a demandé des informations sur les mesures prises pour prévenir l'exposition à la pollution de l'air, de l'eau et à d'autres formes de pollution de l'environnement, notamment le rejet de contaminants ou d'éléments toxiques par des sites industriels situés à proximité, qu'ils soient encore actifs ou à l'arrêt (mais non isolés ou décontaminés de façon appropriée), sous forme d'émissions, de fuites ou d'écoulements, dont les rejets ou les transferts lents vers l'environnement proche, ainsi que par des sites nucléaires et des mines. Le Comité a également demandé des informations sur les mesures prises pour traiter les problèmes de santé des populations touchées et pour informer le public, y compris les élèves et les étudiants, sur les problèmes environnementaux en général et au niveau local.

Le rapport présente les mesures prises pour surveiller la qualité de l'eau du robinet et des espaces de loisir, les déchets sanitaires, et pour assurer l'accès du public aux informations sur l'environnement.

Le Comité note que le rapport ne répond pas à tous les points soulevés dans la question ciblée, à savoir qu'il n'évoque pas les mesures prises pour prévenir l'exposition à la pollution de l'air, de l'eau et à d'autres formes de pollution du milieu naturel, notamment le rejet de contaminants ou d'éléments toxiques par des sites industriels situés à proximité, qu'ils soient encore actifs ou à l'arrêt (mais non isolés ou non décontaminés de façon appropriée), sous forme d'émissions, de fuites ou d'écoulements toxiques, y compris de rejets ou transferts lents vers l'environnement proche, ainsi que par des sites nucléaires et des mines ; elle visait également à connaître les mesures prises pour traiter les problèmes de santé des populations touchées. Le Comité considère donc que si les informations demandées ne figurent pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de l'Andorre est conforme à l'article 11§3 de la Charte.

Vaccinations et surveillance épidémiologique

Dans une question ciblée, le Comité a demandé aux États parties de décrire les mesures prises pour faire en sorte que la recherche sur les vaccins soit encouragée, financée de manière adéquate et coordonnée efficacement entre les acteurs publics et privés.

Le rapport indique qu'il n'y a pas d'entreprises pharmaceutiques en Andorre.

Accidents

Dans ses conclusions précédentes, le Comité avait demandé des informations sur les mesures prises pour prévenir les accidents et des chiffres actualisés sur le nombre d'accidents et le taux de mortalité (Conclusions 2017).

Le Comité rappelle que les États parties doivent prendre des mesures pour prévenir les accidents. Les principaux accidents couverts sont les accidents de la route, les accidents domestiques, les accidents en milieu scolaire et les accidents survenant durant les loisirs, en ce compris ceux qui sont causés par des animaux (Conclusions 2005, Moldova).

Le Comité note que les informations demandées ne sont pas fournies. Il réitère sa demande et considère donc que si les informations demandées ne figurent pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de l'Andorre soit conforme à l'article 11§3 de la Charte.

Covid-19

Dans une question ciblée, le Comité a demandé aux États parties d'évaluer l'adéquation des mesures prises pour limiter la propagation du virus de la covid-19 dans la population (dépistage et traçage, distanciation physique et auto-isolément, fourniture de masques chirurgicaux, désinfectant, etc.).

Le rapport décrit en détail les mesures préventives prises par l'Andorre, notamment le renforcement de la capacité de dépistage, l'organisation de campagnes de dépistage de grande envergure axées sur les groupes vulnérables ou susceptibles de propager le virus, par exemple les personnes vivant en institution ou les enfants scolarisés, le traçage des contacts et l'isolement, les mesures prises pour assurer l'accès à l'information et pour acquérir et distribuer des équipements de protection individuelle.

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

Conclusion

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

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 1 - Existence d'un système de sécurité sociale

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Andorre.

Risques couverts, financement des prestations et champ d'application personnel

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2017), le Comité a noté que la couverture des soins de santé était de 83,9 % de la population et a demandé quelles catégories de personnes étaient exclues de cette couverture. Il note à cet égard que les personnes, qui résident légalement en Andorre mais n'ont pas de permis d'activité lucrative, sont exclues de la couverture et doivent être en possession d'une couverture d'assurance autre que le système général. Le Comité note qu'en 2018, la couverture sanitaire s'élevait à 92 %.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé les informations actualisées concernant la couverture des prestations de remplacement du revenu. Il note dans le rapport qu'en ce qui concerne la vieillesse, la couverture totale de la population s'élevait à 56,7 % en 2018 et qu'en ce qui concerne la population active totale, elle s'élevait à 96,5 %. En ce qui concerne la maladie et les maladies professionnelles, la couverture s'est établie à 98,4 % de la population active. Pour l'invalidité 83 % de la population active était couverte et 98 % en ce qui concerne la maternité.

Caractère suffisant des prestations

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2017), le Comité a utilisé "le Seuil économique de cohésion sociale" (LECS) comme seuil de référence pour déterminer le minimum vital. Le Comité a noté que le LECS équivaut à 60 % des revenus moyens par unité de consommation, ce qui est à peu près identique au seuil de risque de pauvreté d'Eurostat défini comme 60 % du revenu équivalent médian. Pour évaluer le caractère adéquat des prestations, le Comité a donc pris en compte les seuils correspondant respectivement à 50 % et 40 % des revenus moyens, calculés sur la base de la LECS. Le Comité a estimé que les niveaux minimaux des prestations de maladie, d'accident du travail et de maladie professionnelle étaient inadéquats. Le Comité note que le rapport ne fournit pas d'informations actualisées sur le niveau de la LECS.

Dans sa conclusion précédente, le Comité demandait au prochain rapport de fournir des informations actualisées concernant le seuil de pauvreté national, le salaire minimum, le revenu net équivalent médian mensuel et le niveau minimum des prestations de remplacement du revenu (maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, pension de vieillesse et invalidité) et le niveau des prestations familiales. Le Comité note que le rapport ne fournit pas ces informations. En l'absence des informations demandées, le Comité réitère ses précédentes conclusions de non-conformité.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Andorre n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte au motif que les niveaux minimaux des prestations de maladie, d'accident du travail et de maladie professionnelle sont insuffisants.

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 2 - Maintien d'un régime de sécurité sociale à un niveau satisfaisant, au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Andorre.

Le Comité rappelle que l'article 12§2 oblige les Etats à maintenir un régime de sécurité sociale à un niveau au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale. Celui-ci requiert l'acceptation d'au moins six de ses parties II à X (étant entendu que la partie II, soins médicaux, compte pour deux et la partie V, prestations de vieillesse, compte pour trois parties).

Le Comité note que l'Andorre n'a pas ratifié le Code européen de sécurité sociale. Par conséquent, ne pouvant prendre en considération les résolutions du Comité des Ministres sur l'application du Code européen de sécurité sociale par les Etats liés par ce Code, il lui faut faire sa propre appréciation.

Le Comité note aussi que l'Andorre n'est pas membre de l'Organisation internationale du travail (OIT) et n'a pas ratifié la Convention n° 102 de l'OIT concernant la sécurité sociale (norme minimum).

Le Comité rappelle que pour déterminer si un régime de sécurité sociale est maintenu à un niveau au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale, il apprécie les informations relatives aux branches couvertes (risques couverts), au champ d'application personnel et au niveau des prestations versées.

A cet égard, le Comité se réfère à son appréciation selon laquelle le système de sécurité sociale andorran couvre un nombre de branches suffisant (Conclusion 2017 relative à l'article 12§1). Il a en outre considéré que le champ d'application personnel est conforme à l'article 12§1 (Conclusion 2021 relative à l'article 12§1).

S'agissant du niveau des prestations, le Comité a estimé que les montants minimums des prestations de maladie et d'accidents du travail/de maladies professionnelles ne sont pas suffisants (Conclusion 2021 relative à l'article 12§1). Il a en revanche jugé suffisant le niveau des pensions de retraite (Conclusion 2021 relative à l'article 23), des prestations de maternité (Conclusion 2019 relative à l'article 8§1), des prestations d'invalidité et des prestations familiales (Conclusion 2017 relative à l'article 12§1).

En matière de chômage, dans la mesure où le système andorran de sécurité sociale ne prévoit pas de prestation contributive, le Comité renvoie à son évaluation dans le cadre de l'article 13 (assistance sociale).

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Andorre est conforme à l'article 12§2 de la Charte.

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 3 - Evolution du système de sécurité sociale

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Andorre.

Le Comité rappelle qu'il a été demandé aux Etats de répondre à deux questions ciblées pour l'article 12§3 de la Charte ainsi que, le cas échéant, aux conclusions précédentes de non-conformité ou d'ajournement (voir l'annexe à la lettre du 3 juin 2020 par laquelle le Comité a demandé un rapport sur la mise en œuvre de la Charte s'agissant des dispositions du groupe thématique « Santé, sécurité sociale et protection sociale »).

Dans sa conclusion précédente, le Comité avait estimé que la situation de l'Andorre était conforme à l'article 12§3 de la Charte (Conclusions 2017). Il limitera donc son examen aux réponses du Gouvernement aux deux questions ciblées, à savoir :

- la couverture sociale et ses modalités concernant les personnes employées ou dont le travail est géré par des plateformes numériques ; et
- tout impact de la crise liée à la covid-19 sur la couverture sociale, et toute mesure spécifique prise pour compenser ou atténuer un éventuel impact négatif.

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

Travailleurs des plateformes numériques

Le Comité rappelle qu'il a posé une question ciblée à tous les Etats sur la couverture sociale des personnes employées ou dont le travail est géré par des plateformes numériques. L'émergence de ces nouvelles formes d'emploi a eu un impact négatif sur certains droits de ces travailleurs, comme exposé dans l'Introduction générale. En matière de sécurité sociale, le respect de l'article 12§3 de la Charte exige que les systèmes de sécurité sociale soient adaptés à la situation et aux besoins spécifiques des travailleurs concernés, afin de garantir qu'ils bénéficient des prestations sociales incluses dans le champ de l'article 12§1. Le Comité est pleinement conscient du fait qu'il existe des lacunes importantes dans la couverture sociale des travailleurs dans les nouvelles formes d'emploi, par exemple les travailleurs des plateformes. Il considère que les Etats parties ont l'obligation de prendre toutes les mesures nécessaires pour combler ces lacunes.

En particulier, les Etats parties doivent prendre des mesures pour assurer que tous les travailleurs dans les nouvelles formes d'emploi ont un statut juridique approprié (salarié, indépendant ou autre catégorie) et que ce statut est conforme à la situation de fait pour, ainsi, éviter des abus (comme l'utilisation du statut fictif d'indépendant pour contourner les règles applicables en matière de sécurité sociale) et conférer des droits suffisants à la sécurité sociale, tels que garantis par l'article 12 de la Charte, aux travailleurs des plateformes.

Le Comité relève que le Gouvernement n'a fourni aucune information au sujet de la couverture sociale des travailleurs des plateformes numériques, se limitant à indiquer que la « sécurité sociale d'Andorre ne dispose pas d'information à ce sujet ». Par conséquent, le Comité réitère sa question. Il demande que le prochain rapport contienne des informations sur le nombre de travailleurs des plateformes numériques/leur proportion (pourcentage) par rapport au nombre total de travailleurs, leur statut (salariés, indépendants et/ou autre catégorie), le nombre/pourcentage de ces travailleurs par statut ainsi que la couverture sociale dont ils bénéficient (par statut). Dans l'intervalle, le Comité réserve sa position sur ce point.

Covid-19

En réponse à la seconde question, le Gouvernement indique que des mesures économiques et sociales ont été mises en place depuis le 23 mars 2020 pour préserver un maximum d'emplois et assurer la couverture sociale pendant la crise liée à la covid-19. Les mesures en matière de couverture sociale ont concerné les salariés, les indépendants et les employeurs (les entreprises). A titre d'exemple, une prestation pour incapacité temporaire, assimilée à une prestation pour accident du travail, a été octroyée aux travailleurs salariés et indépendants soumis à une obligation de confinement (personnes à risque, personnes ayant été en contact avec une personne positive ou personnes atteintes de la covid-19) ; de plus, le Gouvernement a financé la part des cotisations payées par l'employeur à la sécurité sociale (15,5 %) pour les salariés temporairement absents de leur travail en raison de la pandémie.

Conclusion

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

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 4 - Sécurité sociale des personnes se déplaçant entre les Etats

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Andorre.

Égalité de traitement et conservation des avantages acquis (article 12§4)

Droit à l'égalité de traitement

Le Comité rappelle que la garantie de l'égalité de traitement au sens de l'article 12§4 implique que les États parties suppriment de leur législation de sécurité sociale toute forme de discrimination à l'égard des ressortissants d'autres États parties (Conclusions XIII-4 (1996), Observation interprétative de l'article 12§4). Toute discrimination directe et indirecte doit être supprimée. La législation nationale ne peut réserver une prestation de sécurité sociale aux seuls nationaux, ni imposer aux étrangers des conditions supplémentaires ou plus restrictives. La législation nationale ne peut pas non plus prévoir des conditions pour le bénéfice des prestations de sécurité sociale qui, bien qu'applicables indépendamment de la nationalité, sont plus difficiles à satisfaire par les étrangers et ont donc une incidence plus grande pour ceux-ci que pour les nationaux. En vertu de l'Annexe de la Charte, la législation peut cependant imposer une condition de durée de résidence pour l'octroi de prestations non contributives. À cet égard, il ressort de l'article 12§4a qu'une telle durée obligatoire de résidence doit être raisonnable. Le Comité estime que le droit à l'égalité de traitement concerne l'égalité d'accès au système de sécurité sociale et l'égalité des conditions ouvrant droit aux prestations.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2017), le Comité a noté que certaines prestations et allocations non contributives (l'allocation de solidarité pour les personnes âgées et l'allocation de solidarité pour les personnes handicapées par exemple) étaient subordonnées à une condition de durée de résidence comprise entre trois et dix ans. Le Comité a rappelé que l'article 12§4 admet que l'on impose aux étrangers une condition de durée de résidence, à condition que cette durée ne soit pas excessive (Conclusion XIII-4, Danemark). Le Comité a considéré les durées exigées – dix et sept ans – excessives. Il note à cet égard que, d'après le rapport, tous les individus, nationaux ou étrangers, doivent satisfaire à la condition de durée de résidence de sept à dix ans pour avoir droit à l'allocation de solidarité. Le Comité considère que cette condition est excessive et plus difficile à satisfaire par les étrangers, et qu'elle a donc une incidence plus grande pour ceux-ci que pour les nationaux. La situation n'est par conséquent pas conforme à la Charte.

S'agissant de l'égalité de traitement en matière de prestations familiales, le Comité rappelle que les allocations pour enfants à charge visent à compenser les frais que représente un enfant en termes d'entretien, de soins et d'éducation. Ces frais sont essentiellement générés dans le pays où réside effectivement l'enfant.

Le Comité rappelle par ailleurs que les allocations pour enfants à charge sont prévues par plusieurs dispositions de la Charte, en particulier les articles 12§1 et 16. Au regard de l'article 12§1 les États parties ont l'obligation d'établir et de maintenir un système de sécurité sociale comprenant une branche de prestations familiales. Au regard de l'article 16, les États parties sont tenus d'assurer la protection économique de la famille par des moyens appropriés. Le principal moyen devrait consister en des prestations pour enfants versées dans le cadre de la sécurité sociale, prestations qui peuvent être universelles ou subordonnées à une condition de ressources. Les États parties ont une obligation unilatérale de verser les mêmes allocations pour enfants à charge à tous ceux qui résident sur le territoire, qu'ils soient nationaux ou ressortissants d'un autre État partie.

Le Comité sait que les États parties qui sont également des États membres de l'UE sont tenus, en vertu de la législation de l'UE relative à la coordination des systèmes de sécurité sociale, d'appliquer des règles de coordination qui prévoient dans une large mesure

l'exportabilité des allocations pour enfants à charge et des prestations familiales. Lorsque la situation est couverte par la Charte, et que la législation de l'UE n'est pas applicable, le Comité se fonde sur son interprétation selon laquelle le versement des allocations pour tous les enfants qui résident sur le territoire est une obligation unilatérale de tous les États parties à la Charte. Il décide de ne plus examiner la question de l'exportabilité des allocations pour enfants à charge sous l'angle de l'article 12§4a.

Le Comité se limitera à déterminer à l'aune de l'article 12§4a de la Charte si les allocations pour enfants à charge sont versées pour les enfants résidents originaires d'un autre État partie au même titre que pour les nationaux, assurant ainsi l'égalité de traitement de tous les enfants qui résident dans le pays. À l'aune de l'article 16, le Comité examinera la question de l'égalité d'accès des familles aux prestations familiales et cherchera à déterminer si la législation impose aux familles une durée obligatoire de résidence pour l'octroi des allocations pour enfants à charge.

Le Comité relève, dans le rapport, qu'en vertu de l'article 5 de la loi n° 6/2014, la condition de durée de résidence est imposée aux parents qui demandent à bénéficier des allocations pour enfant. Au moment de la demande, ils n'ont pas à apporter la preuve que leur enfant réside en Andorre. Le Comité considère que la situation est conforme à la Charte sur ce point.

Droit à la conservation des avantages acquis

Le Comité rappelle que les prestations de vieillesse, d'invalidité ou de survivant et les rentes d'accident du travail ou de maladie professionnelle acquises au titre de la législation d'un État et aux conditions d'octroi fixées par cette législation devraient être maintenues (exportées) même si l'intéressé s'installe dans un autre État. Il demande quelle base juridique garantit l'exportabilité des prestations de vieillesse, d'invalidité et de survivant, ainsi que la coordination internationale en matière de sécurité sociale avec les États n'appartenant pas à l'EEE.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a considéré qu'il n'était pas établi que le droit au maintien des avantages acquis soit garanti. Il relève, dans le rapport, qu'Andorre participe actuellement à l'élaboration d'un accord d'association avec l'UE. Constatant que la situation n'a pas changé, le Comité reconduit sa précédente conclusion de non-conformité.

Maintien des droits en cours d'acquisition

Le Comité rappelle qu'au regard de l'article 12§4b, le fait d'avoir changé d'État d'emploi sans avoir accompli la période d'emploi ou d'assurance nécessaire au regard de la législation de cet État pour avoir droit à certaines prestations et en déterminer le montant ne doit pas être à l'origine de préjudices. L'application du droit au maintien des droits en cours d'acquisition requiert, au besoin, l'addition des périodes d'emploi ou d'assurance effectuées sur le territoire d'un autre État partie, en vue de permettre l'ouverture des droits à prestations ainsi que le calcul et le versement de celles-ci. S'agissant des prestations de longue durée, le principe de pro rata devrait également être appliqué. Les États ont le choix des moyens pour maintenir les droits en cours d'acquisition : accord bilatéral ou multilatéral, ou mesures unilatérales d'ordre législatif ou administratif. Les États qui ont ratifié la Convention européenne de sécurité sociale sont présumés avoir fait suffisamment d'efforts pour assurer le maintien de ces droits.

En l'absence de nouvelle information dans le rapport, le Comité renouvelle son précédent constat de non-conformité. Il demande comment le maintien des droits en cours d'acquisition et l'addition des périodes d'assurance sont garantis en l'absence d'accords.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Andorre n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte aux motifs que :

- la législation impose une condition de durée de résidence excessive pour avoir droit à certaines prestations de sécurité sociale ;

- il n'est pas établi que le droit au maintien des avantages acquis soit garanti ;
- il n'est pas établi que le droit au maintien des droits en cours d'acquisition soit garanti.

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Andorre.

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

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

Le Comité souhaite signaler qu'il prendra acte des informations fournies en réponse à la question concernant la covid-19 à des fins d'information seulement, car elles concernent des faits survenus en dehors de la période de référence (à savoir, après le 31 décembre 2019). En d'autres termes, la réponse ne sera pas évaluée à des fins de conformité avec la Charte dans le cadre du présent cycle d'examen.

Dans sa conclusion précédente, le Comité avait considéré que la situation de l'Andorre n'était pas conforme à l'article 13§1 de la Charte au motif qu'il n'était pas établi que les ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire andorran aient droit à une assistance sociale et médicale d'urgence.

Cadre général, type de prestations d'assistance et critères d'octroi

En 2016, le Gouvernement a adopté un règlement relatif aux prestations, qui régit de manière groupée et systématique les allocations de solidarité pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées, les prestations familiales pour enfants à charge et les aides économiques occasionnelles.

Le rapport explique que les aides économiques occasionnelles sont des aides personnelles temporaires destinées à financer les dépenses liées à la prise en charge des besoins spécifiques et pour une période déterminée. En revanche, les allocations de solidarité sont des prestations économiques régulières destinées à garantir un revenu minimum permettant aux personnes souffrant d'un handicap qui les empêche de travailler de vivre dignement, ainsi qu'aux personnes âgées sans ressources suffisantes pour vivre.

La modification la plus récente a été approuvée le 7 décembre 2020 afin d'assouplir les exigences en matière d'aides au logement, compte tenu de la situation du marché immobilier et de la crise sociale et économique provoquée par la situation d'urgence sanitaire de la COVID-19. Le Comité prend note de la loi n° 6/2014 du 24 avril en matière de services sociaux et socio-sanitaires qui, selon le rapport, constitue un pas en avant significatif dans l'organisation et la consolidation du système de protection sociale andorran, en ce qu'il met en place tout un ensemble de prestations qui complètent celles établies par la réglementation de sécurité sociale.

Niveau des prestations

Le Comité tient compte, dans son appréciation de la situation pour la période considérée, des éléments suivants :

- Prestation de base : le Comité comprend que le LECS sert à déterminer l'existence d'une situation de besoin et représente le revenu minimum garanti. Il comprend également qu'il constitue le seuil retenu comme critère de ressources

pour l'octroi de l'assistance sociale. Il comprend par ailleurs que ceux dont les revenus sont inférieurs au LECS perçoivent, au titre de l'assistance sociale, une somme correspondant à la différence entre leurs ressources et ledit seuil. Le Comité avait demandé dans sa précédente conclusion que le prochain rapport confirme qu'il en est bien ainsi, mais aucune réponse est fournie sur ce point.

- Prestations complémentaires : le Comité avait également demandé à combien s'élèvent les autres prestations que peut se voir octroyer une personne seule sans ressources bénéficiant de l'assistance sociale de base (allocation de logement et de chauffage, allocation pour les transports, par exemple).
- Seuil de pauvreté : il n'y a pas d'information à ce sujet dans le rapport. Le Comité relève que la valeur de référence pour le calcul du minimum vital est le LECS, dont le montant équivaut au salaire minimum. Selon des informations la page web de l'administration andorrane, le salaire minimum était de 1083,33 € en 2020 et est devenu 1121,47 € à partir du 1 janvier 2021. Le revenu moyen, selon les données statistiques de l'administration de 2019, était de 2088,53 €. Le Comité comprend que le LECS correspond à plus du 50 % du revenu médian ajusté (taux de risque de pauvreté établi par Eurostat).

Le Comité considère que l'assistance sociale est globalement d'un niveau supérieur au seuil de pauvreté fixé par Eurostat. Cependant, le Comité réitère l'importance de soumettre des informations détaillées, surtout des données concernant le seuil de pauvreté, le calcul des aides, le montant des prestations de base, le montant du salaire minimum et les montants des salaires moyens. Le Comité attend également une réponse à sa question concernant les conditions d'octroi de l'assistance sociale. Si cette réponse n'est pas donnée dans le prochain rapport, il n'y aurait pas des éléments pour établir que la situation est conforme à la Charte et que les prestations sont accessibles. Dans l'attente des informations demandées, le Comité considère la situation conforme à la Charte pour ce qui est du niveau des prestations.

Droit de recours et assistance judiciaire

Le Comité avait demandé dans sa conclusion précédente des informations à jour sur le droit de recours et l'assistance judiciaire. Le Comité réitère sa demande.

Champ d'application personnel

Les questions spécifiques posées en relation avec l'article 13§1 cette année n'incluent pas une évaluation de l'assistance aux ressortissants des Etats parties résidant légalement sur le territoire. Par conséquent, cette question particulière ne sera évaluée que s'il y a eu une demande d'information ou une non-conformité dans le cycle précédent.

Ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire

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

Dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2013, 2015 et 2017) relatives à l'article 13§4, le Comité a estimé qu'il n'était pas établi que tous les ressortissants étrangers en situation irrégulière aient droit à une assistance sociale et médicale d'urgence.

Dans ses conclusion précédentes (Conclusions 2015, 2017), le Comité avait relevé que la loi n° 6/2014 du 24 avril 2014 prévoyait la possibilité de dispenser aux étrangers en situation irrégulière une aide financière occasionnelle pour faire face à des difficultés pressantes ne

leur permettant plus d'assurer leur subsistance (article 5§4). Il avait en outre relevé que les étrangers en situation irrégulière avaient droit à ce que des informations et conseils leur soient donnés par les équipes qui dispensent les soins de santé de première ligne (*equips d'atenció primària*) (article 28§1(d) de la loi n° 6/2014) ; il avait demandé ce que signifiait exactement cette disposition et s'il fallait entendre par là que les étrangers en situation irrégulière pouvaient bénéficier d'un diagnostic et d'un traitement dans les unités assurant la première prise en charge socio-sanitaire. S'agissant de l'assistance médicale, le Comité avait demandé de préciser si les étrangers non résidents en situation irrégulière d'obtenir gratuitement une assistance médicale d'urgence.

Le Comité constate que selon le rapport des aides sont fournis aux personnes dans une situation d'urgence sociale indépendamment de leur situation administrative, cela peut couvrir des besoins concernant l'alimentation, l'hygiène, les vêtements, le logement, aides au retour et d'autres besoins urgents. Les aides peuvent durer 15 jours prorogables de façon exceptionnelle pour encore 15 jours et à partir de cette date l'aide est terminée, même si la situation persiste, même si les personnes peuvent demander à recevoir une des aides ordinaires si elles remplissent les conditions requises de résidence. Il n'y a pas d'information concernant l'assistance médicale. Le Comité considère que la situation n'est pas conforme, au motif qu'il n'est pas établi que tous les ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire andorran n'ont pas garanti le droit à une assistance sociale et médicale d'urgence dans tous les cas.

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

Le gouvernement a approuvé un Décret le 17 avril 2020 de modification temporaire de l'accès aux services sociaux et socio-sanitaires à cause de la pandémie de la covid-19 afin d'assouplir l'accès à l'aide au logement, à l'aide de chômage et d'autres aides pour les résidents qui avaient subi une perte économique en raison de la pandémie. Ces aides ont été donc accordées aux ressortissants étrangers avec autorisation de travail temporaire qui n'ont pas pu retourner à leurs pays d'origine, ainsi qu'aux citoyens nationaux en raison de leur vulnérabilité.

Le gouvernement, les administrations locales ainsi que des organismes sans but lucratif ont organisé des campagnes pour assurer des besoins de base et la couverture des frais des médicaments pour les personnes dans des telles situations. La Croix rouge a fourni des repas à domicile et les frais de logement ont été également payés par les administrations. Le service d'attention immédiate a accordé pendant la période de 2020 17 aides économiques occasionnelles d'urgence.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Andorre n'est pas conforme à l'article 13§1 de la Charte au motif qu'il n'est pas établi que tous les ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire andorran aient droit à une assistance sociale et médicale d'urgence.

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

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

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

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

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

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

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Andorre.

Le Comité rappelle qu'aux fins du présent rapport, les États ont été invités à répondre à des questions ciblées, ainsi que, le cas échéant, à des conclusions antérieures de non-conformité ou de report (voir l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, par laquelle le Comité a demandé un rapport sur la mise en œuvre de la Charte en ce qui concerne les dispositions relevant du groupe thématique " Santé, sécurité sociale et protection sociale "). Toutefois, aucune question ciblée n'a été posée en ce qui concerne l'article 13§4. Le Comité a reporté sa précédente conclusion en 2017. Il limitera donc son examen aux réponses du gouvernement à sa précédente demande d'informations complémentaires pertinentes.

Le Comité se réfère également à sa conclusion adoptée en 2017 au titre de l'article 13§1 (champ d'application personnel) et rappelle que l'article 13§4 ne couvre que l'assistance sociale et médicale d'urgence pour les ressortissants des États parties légalement présents (mais non-résidents) sur le territoire.

Enfin, le Comité rappelle que les États parties sont tenus de fournir aux étrangers non-résidents, sans ressources, une assistance sociale et médicale d'urgence. Cette aide doit couvrir le logement, la nourriture, l'habillement et l'assistance médicale d'urgence, pour faire face à un état de besoin urgent et sérieux (sans interpréter de manière trop restrictive les critères d'" urgence " et de " gravité "). Aucune condition de durée de présence ne peut être posée au droit à l'aide d'urgence (Réclamation n° 86/2012, Fédération européenne des organisations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANSA) c. Pays-Bas, décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014, §171).

Le Comité, dans sa conclusion de 2017 sous l'angle de l'article 13§4, avait demandé des informations concernant l'assistance sociale et médicale d'urgence fournie aux ressortissants étrangers sans ressources qui se trouvent sur le territoire andorran en situation irrégulière. L'information n'est pas fournie dans le rapport et le Comité réitère donc sa question. Si l'information n'est pas fournie dans le prochain cycle, il n'y aura pas des éléments permettant de démontrer que la situation est en conformité avec la Charte.

Conclusion

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

Article 14 - Droit au bénéfice des services sociaux

Paragraphe 1 - Encouragement ou organisation des services sociaux

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Andorre.

Le Comité rappelle que l'article 14§ 1 garantit le droit au bénéfice des services sociaux généraux. Il note qu'aux fins du présent rapport, il a été demandé aux États de répondre aux questions ciblées posées au titre de cette disposition (questions figurant dans l'annexe à la lettre du 3 juin 2020, dans laquelle le Comité a demandé un rapport sur l'application des dispositions de la Charte relevant du groupe thématique « Santé, sécurité sociale et protection sociale »), ainsi qu'aux précédents constats de non-conformité et aux décisions d'ajournement.

Par conséquent, il se concentrera sur les réponses du gouvernement aux questions ciblées, à savoir comment et dans quelle mesure les activités des services sociaux ont été maintenues pendant la crise de la covid-19 et si des mesures spécifiques ont été prises dans l'éventualité de futures crises de ce type. Le Comité souhaite signaler qu'il prendra acte des informations fournies en réponse à la question concernant la covid-19 à des fins d'information seulement, car elles concernent des faits survenus en dehors de la période de référence (à savoir, après le 31 décembre 2019). En d'autres termes, la réponse ne sera pas évaluée à des fins de conformité avec la Charte dans le cadre du présent cycle d'examen.

En ce qui concerne la description de l'organisation générale des services sociaux, le Comité renvoie à sa conclusion précédente (Conclusions 2017), dans laquelle il a jugé la situation conforme à la Charte. Le rapport ne fait état d'aucun changement à cet égard.

En réponse aux questions ciblées du Comité, le rapport indique que pendant la pandémie de covid-19, les services sociaux ont été maintenus, à l'exception des centres de jour pour les personnes âgées intégrés dans un établissement d'hébergement, qui ont été temporairement fermés en raison du risque élevé d'infection. Le gouvernement a adopté des mesures pour fournir certains services, comme ceux de soutien psychologique ou de surveillance de groupes vulnérables, par le biais de moyens de télécommunication. D'autres services ont continué à être assurés en personne, en suivant des règles sanitaires renforcées.

S'agissant des mesures spécifiques prises dans l'éventualité de futures crises de ce type, le rapport précise qu'un nouveau modèle socio-sanitaire pour les établissements pour personnes âgées est en cours d'élaboration, et prévoit de transformer les établissements d'hébergement traditionnels en petits appartements pour une ou plusieurs personnes offrant des services paramédicaux.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de l'Andorre est conforme à l'article 14§1 de la Charte.

Article 14 - Droit au bénéfice des services sociaux

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

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Andorre.

Il rappelle que l'article 14§2 engage les États parties à soutenir les organisations bénévoles qui souhaitent créer des services sociaux. Les « individus et organisations bénévoles ou autres » dont il est question au paragraphe 2 incluent le secteur associatif (organisations non gouvernementales et autres associations), les particuliers et les sociétés privées.

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

Le rapport indique que les services sociaux et socio-sanitaires sont régis, selon l'article 3 de la loi 6/2014 relative aux services sociaux et socio-sanitaires, par les principes de la coresponsabilité et des soins centrés sur la personne. En termes de coresponsabilité, la réalisation des objectifs des services sociaux et socio-sanitaires est partagée entre les pouvoirs publics – le gouvernement, les *Comuns* et d'autres organismes publics et parapublics – les bénéficiaires des services et des organismes privés. Toutes les prestations sont de nature contractuelle, conformément au plan de travail individuel convenu avec la personne bénéficiaire et dans les conditions fixées par la réglementation. Pour les services de soins à domicile, les services de soins précoces, les services de jour (centres d'accueil de jour), les services de garde d'enfants, les services d'accueil pour enfants et adolescents, les maisons de retraite, les services d'aide à la vie autonome et les services de tutelle, le plan d'intervention individuel ou familial, convenu avec l'utilisateur et, le cas échéant, avec sa famille, son tuteur ou son représentant légal, doit être inclus dans le dossier individuel. Le Comité demande si, outre l'appui législatif à la participation des usagers, des mesures concrètes, y compris budgétaires, ont été adoptées ou sont envisagées pour faciliter cette participation.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l'Andorre est conforme à l'article 14§2 de la Charte.

Article 23 - Droit des personnes âgées à une protection sociale

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Andorre.

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

Par conséquent, il se concentrera sur les réponses du gouvernement aux questions ciblées, à savoir les réponses aux mesures prises pour veiller à ce que les droits économiques et sociaux des personnes âgées soient respectés, à la crise de la covid-19 et aux précédents constats de non-conformité et décisions d'ajournement.

Le Comité souhaite signaler qu'il prendra acte des informations fournies en réponse à la question concernant la covid-19 à des fins d'information seulement, car elles concernent des faits survenus en dehors de la période de référence (à savoir, le 31 décembre 2019). En d'autres termes, la réponse ne sera pas évaluée à des fins de conformité avec la Charte dans le cadre du présent cycle d'examen.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a jugé la situation conforme à la Charte (Conclusions 2017).

Autonomie, inclusion et citoyenneté active

Cadre législatif

Le Comité rappelle que l'article 23 de la Charte exige des Parties qu'elles s'engagent à prendre ou à promouvoir, soit directement soit en coopération avec les organisations publiques ou privées, des mesures appropriées tendant notamment à permettre aux personnes âgées de demeurer le plus longtemps possible des membres à part entière de la société. L'expression « membres à part entière de la société » utilisée à l'article 23 signifie que les personnes âgées ne doivent souffrir d'aucune mise à l'écart de la société du fait de leur âge. Il faut reconnaître à toute personne, active ou retraitée, vivant en institution ou non, le droit de participer aux divers domaines d'activité de la société.

Le Comité tient dûment compte des définitions contemporaines de l'âgisme qui renvoient aux stéréotypes, préjugés et discriminations envers autrui ou soi-même fondés sur l'âge (voir par exemple le rapport de l'OMS sur l'âgisme, 2021, p. XIX). Comme l'a fait remarquer l'Organisation mondiale de la santé, l'âgisme a des conséquences graves et profondes sur la santé, le bien-être et les droits humains (OMS, 2021, p. XVI).

La crise de la covid-19 a mis en évidence des exemples de manque d'égalité de traitement des personnes âgées, comme dans le domaine des soins médicaux, où le rationnement de ressources rares (par exemple, les respirateurs) a parfois été basé sur des perceptions stéréotypées de la vulnérabilité et du déclin de la vieillesse.

L'égalité de traitement appelle une approche fondée sur la reconnaissance égale de la valeur de la vie des personnes âgées dans tous les domaines couverts par la Charte.

L'article 23 de la Charte exige l'existence d'un cadre juridique adéquat pour lutter contre la discrimination fondée sur l'âge dans une série de domaines au-delà de l'emploi, notamment dans l'accès aux biens, structures et services. La discrimination à l'encontre des personnes âgées en termes de jouissance des droits sociaux est également contraire à l'article E.

La Charte met globalement l'accent sur le recours aux droits sociaux pour renforcer l'autonomie individuelle et le respect de la dignité des personnes âgées et de leur droit à s'épanouir dans la société. Il faut pour cela s'engager à identifier et à éliminer les attitudes

âgistes et les lois, politiques et autres mesures qui illustrent ou renforcent l'âgisme. Le Comité estime que les États parties, outre l'adoption d'une législation globale interdisant la discrimination fondée sur l'âge, doivent prendre un large éventail de mesures pour combattre l'âgisme dans la société. Ces mesures devraient comprendre la révision (et, le cas échéant, la modification) de la législation et des politiques en matière de discrimination fondée sur l'âge, l'adoption des plans d'actions visant à assurer l'égalité des personnes âgées, la promotion d'attitudes positives à l'égard du vieillissement par le biais d'activités telles que des campagnes de sensibilisation à l'échelle de la société et la promotion de la solidarité intergénérationnelle.

L'article 23 exige par ailleurs que les États parties prévoient une procédure d'assistance à la prise de décision.

Le Comité a précédemment constaté que l'Andorre élaborait des projets de loi relatifs à l'égalité de traitement et à la lutte contre la discrimination. Le Comité a demandé si l'âge pourrait être inclus comme un motif possible de discrimination prohibée (Conclusions 2017). Aucune information n'est fournie à ce sujet. Par conséquent, le Comité demande si une législation interdisant la discrimination fondée sur l'âge en dehors de l'emploi a été mise en place.

Le Comité rappelle qu'un cadre juridique national concernant l'assistance à la prise de décision pour les personnes âgées est nécessaire pour garantir à ces dernières le droit de pouvoir décider par elles-mêmes. Les personnes âgées ne doivent pas être présumées incapables de prendre une décision au seul motif qu'elles présentent un problème de santé ou un handicap particulier.

Les États parties doivent prendre des mesures pour remplacer les régimes de prise de décision substituée par une prise de décision assistée, qui respecte l'autonomie, la volonté et les préférences de la personne. Celles-ci peuvent être formelles ou informelles.

Les personnes âgées peuvent avoir besoin d'assistance pour exprimer leur volonté et leurs préférences, de sorte qu'il faut faire appel à tous les moyens de communication – langage, images, signes – avant de tirer la conclusion qu'elles ne sont pas en mesure de prendre la décision en question par elles-mêmes.

Dans ce contexte, le cadre juridique national doit prévoir les garanties nécessaires pour éviter que les personnes âgées ne soient arbitrairement privées de la possibilité de prendre des décisions de manière autonome, même si leur capacité de prise de décision est réduite. Il faut veiller à ce que quiconque agit au nom d'une personne âgée s'immisce le moins possible dans ses souhaits et ses droits (Observation interprétative 2013).

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les procédures d'assistance à la prise de décision.

Prévention de la maltraitance des personnes âgées

Le Comité demande que des informations à jour figurent dans le prochain rapport sur les mesures prises pour lutter contre la maltraitance des personnes âgées (en dehors du contexte des soins en institution), comme les mesures de sensibilisation à la nécessité de mettre fin à la maltraitance et à la négligence des personnes âgées, ou toute mesure législative ou autre. Il demande également si des données ont été recueillies indiquant la prévalence de la maltraitance des personnes âgées.

Vie indépendante et soins de longue durée

Le Comité demande si des mesures ont été prises pour abandonner l'institutionnalisation des personnes âgées et adopter un modèle de soins et de prise en charge de longue durée au sein de la collectivité. Le Comité rappelle que l'article 23 dispose que des mesures doivent être prises pour permettre aux personnes âgées de mener une vie indépendante dans leur environnement familial. Le Comité estime que les personnes âgées nécessitant

des soins de longue durée doivent pouvoir choisir leur milieu de vie. En particulier, cela exige des États qu'ils prennent des dispositions adéquates en faveur d'une vie autonome, notamment la mise à disposition de logements adaptés à leurs besoins et à leur état de santé, ainsi que les ressources et les aides nécessaires pour rendre cette vie la plus indépendante possible.

L'institutionnalisation est une forme de mise à l'écart, qui entraîne souvent une perte d'autonomie, de choix et d'indépendance. La pandémie de covid-19 a mis en lumière les lacunes des soins en institution. Le Comité renvoie à cet égard à sa Déclaration sur la covid-19 et les droits sociaux (adoptée en mars 2021), dans laquelle il déclare qu'il est devenu encore plus important de permettre aux personnes âgées de rester dans leur environnement familial, comme l'exige l'article 23 de la Charte, compte tenu du risque accru de contagion dans les lieux de rassemblement que sont les maisons de retraite et autres établissements institutionnels et de séjour de longue durée. Il renvoie également à l'argument fondé sur les droits de l'homme en faveur d'un investissement dans la collectivité pour donner une réalité au droit à la vie en société, auquel s'ajoute désormais un argument de santé publique en faveur de l'éloignement des institutions résidentielles comme réponse aux besoins de soins à long terme.

Le Comité constate que le rapport cite le plan d'action Horitzo 23, qui cherche à renforcer et à développer les aides disponibles pour les personnes âgées. Dans ce contexte, le ministère des Affaires sociales, du Logement et de la Jeunesse, en collaboration avec d'autres organismes publics et privés, œuvre au développement d'alternatives aux institutions, comme les appartements avec services inclus. En outre, le Comité constate qu'afin de permettre aux personnes âgées de rester dans leur environnement familial, l'éventail de services d'aide devrait être accru, tout comme les services proposés la nuit et le week-end par le Service d'aide à domicile (SAD). Le Comité demande à être informé de tout fait nouveau en la matière.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur les progrès accomplis pour proposer une prise en charge dans la collectivité ; il demande en particulier combien de personnes âgées résident dans des institutions – maisons de retraite et quelles sont les tendances dans ce domaine.

Services et structures

Le rapport fournit des informations très générales sur les services et structures proposés aux personnes âgées. Les services sont dispensés par le ministère des Affaires sociales et les communes. Une Division pour l'autonomie individuelle existe au sein du ministère afin de promouvoir l'intégration des personnes dépendantes comme les personnes âgées.

Une Division des services sociaux a été créée en 2016 au sein du ministère des Affaires sociales pour planifier, organiser et superviser les services médicaux et sociaux dispensés aux personnes âgées. Un Conseil médico-social pour les personnes âgées dépendantes (COVASS) et un Service pour la prestation de services à domicile (SAD) ont déjà été mis en place.

Le rapport mentionne également l'existence d'un plan intitulé « Vous êtes importants », qui cherche entre autres à encourager la participation des personnes âgées dans la société et à prévenir leur isolement.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur l'éventail de services et structures mis à la disposition des personnes âgées, notamment les soins de longue durée, en particulier ceux qui leur permettent de demeurer des membres actifs au sein de leur collectivité et de rester chez elles. Il demande en outre des informations sur le coût de ces services et souhaite savoir s'il existe une offre suffisante de services de prise en charge, incluant les soins de longue durée, et des listes d'attente pour accéder à ces services.

Le Comité demande quel soutien est mis à la disposition des aidants informels.

Le Comité a précédemment constaté que les informations sur l'existence des services et structures disponibles se trouvaient en ligne, qu'elles offraient une interface adaptée aux personnes âgées et que le gouvernement travaillait à l'élaboration d'un manuel sur l'accessibilité (Conclusions 2017). Le Comité constate que de nombreux services (et informations à propos de ces services) sont de plus en plus disponibles en ligne. Le passage au numérique offre des possibilités aux personnes âgées. Toutefois, les personnes âgées ont parfois un accès plus limité à internet et ne disposent pas toujours des compétences nécessaires pour l'utiliser. Par conséquent, le Comité demande quelles sont les mesures qui ont été prises pour améliorer les aptitudes numériques des personnes âgées, garantir l'accessibilité aux services numériques de ces personnes et veiller à ce que les services non numériques soient maintenus.

Logement

Le Comité demande que le prochain rapport donne des informations détaillées sur la manière dont les besoins des personnes âgées sont pris en compte dans les politiques et stratégies nationales ou locales en matière de logement, ainsi que des informations sur l'offre de logements protégés/encadrés et l'éventail de possibilités de logement pour les personnes âgées.

Soins de santé

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations relatives aux programmes de soins de santé spécialement consacrés aux personnes âgées.

Le Comité note que la pandémie a eu des effets dévastateurs sur les droits des personnes âgées, en particulier sur leur droit à la protection de la santé (article 11 de la Charte), avec des conséquences, dans de nombreux cas, sur leur droit à l'autonomie et leur droit à prendre leurs propres décisions et à opérer un choix de vie, leur droit à continuer de vivre dans la collectivité grâce à des soutiens adéquats et résilients pour leur permettre de le faire, ainsi que leur droit à l'égalité de traitement au sens de l'article E s'agissant de l'attribution de services de soins de santé incluant les traitements vitaux (par exemple, le triage et les appareils d'assistance respiratoire). Qu'elles vivent encore de manière autonome ou non, de nombreuses personnes âgées ont vu les services dont elles bénéficiaient supprimés ou réduits de manière drastique. Cette situation a accru les risques d'isolement, de solitude, de sous-alimentation et d'accès limité aux médicaments.

En outre, la crise du covid-19 a révélé des exemples de manque d'égalité de traitement des personnes âgées. Les jugements implicites sur la « qualité de vie » ou la « valeur » de la vie des personnes âgées ont pris trop de place dans la définition des limites de ces politiques de triage.

Le Comité demande également si des décisions concernant l'allocation de ressources médicales peuvent être prises uniquement sur la base de l'âge et demande si des protocoles de triage ont été mis en place et suivis pour garantir que de telles décisions se fondent sur les besoins médicaux et les meilleures données scientifiques disponibles.

Soins en institution

Le Comité renvoie à sa déclaration ci-dessus concernant l'importance d'abandonner les soins en institution au profit des soins au sein de la collectivité.

Le Comité estime que l'accent mis dans l'ensemble dans la Charte sur l'autonomie personnelle et le respect de la dignité des personnes âgées entraîne un besoin urgent de réinvestir dans les aides au sein de la collectivité comme alternative aux institutions. Si, pendant la période de transition, l'institutionnalisation est inévitable, l'article 23 exige que les conditions de vie et la prise en charge soient appropriées et que les droits fondamentaux suivants soient respectés : le droit à l'autonomie, le droit à la vie privée, le droit à la dignité

personnelle, le droit de prendre part à la détermination des conditions de vie dans l'établissement concerné, la protection de la propriété, le droit de maintenir des contacts personnels (y compris grâce à un accès à internet) avec les proches et le droit de se plaindre des soins et traitements dispensés en institution. Cela s'applique également dans le contexte de la covid-19.

En raison des risques et des besoins spécifiques liés à la covid-19 dans les maisons de retraite, les États parties doivent de toute urgence leur allouer des moyens financiers supplémentaires suffisants, se procurer et fournir les équipements de protection individuelle nécessaires et veiller à ce que les maisons de retraite disposent d'un personnel qualifié supplémentaire en nombre suffisant, qu'il s'agisse de travailleurs sociaux et de personnel de santé qualifiés ou d'autres personnels, afin de pouvoir faire face de manière adéquate à la covid-19 et de veiller à ce que les droits susmentionnés des personnes âgées dans les maisons de retraite soient pleinement respectés.

Ressources suffisantes

Pour apprécier le caractère suffisant des ressources des personnes âgées en vertu de l'article 23, le Comité prend en compte l'ensemble des mesures de protection sociale garanties aux personnes âgées et visant à maintenir leurs ressources à un niveau suffisant pour leur permettre de vivre décemment et de participer activement à la vie publique, sociale et culturelle. En particulier, le Comité examine les pensions à caractère contributif ou non contributif et les autres prestations complémentaires en espèces servies aux personnes âgées. Il compare ensuite ces ressources au revenu équivalent médian. À cette fin, le Comité tient également compte des indicateurs relatifs aux seuils de risque de pauvreté pour les personnes de 65 ans et plus.

Le Comité relève dans le rapport et dans les rapports précédents qu'une personne âgée qui reçoit une pension de la sécurité sociale versée par la Caisse de sécurité sociale andorrane ou un fond étranger et qui est inférieure au « seuil économique de cohésion sociale » (*Llindar Econòmic de Cohesió Social*, LECS) peut, sous certaines conditions, bénéficier de l'allocation de solidarité et voir son revenu complété pour atteindre le LECS (montant du salaire minimum). Le Comité demande si les personnes ne touchant aucune retraite peuvent aussi bénéficier de cette allocation.

Enfin, le Comité constate que les personnes touchant une allocation de solidarité peuvent bénéficier de soins de santé gratuits.

Covid-19

Le Comité a posé une question ciblée sur les mesures particulières prises pour protéger la santé et le bien-être des personnes âgées dans le contexte d'une pandémie comme la covid-19. Selon le rapport, un comité de suivi médico-social a été mis en place pour coordonner les mesures prises en réponse à la pandémie de covid-19 et évaluer l'impact de cette dernière dans les centres médico-sociaux.

Le rapport indique que, parmi les mesures prises pour protéger les personnes âgées pendant la pandémie, deux hôtels ont été mis à disposition pour prendre en charge et traiter les résidents des centres médico-sociaux et les visites dans les centres médico-sociaux ont été restreintes. En outre, deux centres de jour pour personnes âgées ont été fermés ; cependant, les services à domicile ont été améliorés et accrus et une allocation supplémentaire a été créée pour couvrir le coût des services à domicile supplémentaires.

Le rapport déclare que pendant la pandémie de covid-19, 30 inspections ont été menées dans des services médico-sociaux afin de veiller à ce que les protocoles mis en place par le ministère de la Santé étaient correctement mis en œuvre. Le Comité demande des informations actualisées sur le suivi/l'inspection dans les structures institutionnelles et le coût des soins en institution.

Le Comité renvoie à sa Déclaration sur la covid-19 et les droits sociaux (mars 2021) (et aux sections citées ci-dessus). Il rappelle que l'article 23 exige que les personnes âgées et leurs organisations soient consultées à propos des politiques et mesures les concernant directement, notamment sur les mesures ad hoc prises dans le contexte de la crise actuelle. La planification de la reprise après la pandémie doit tenir compte des points de vue et des besoins spéciaux des personnes âgées et se fonder réellement sur les éléments de preuve collectés et les expériences faites pendant la pandémie.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de l'Andorre est conforme à l'article 23 de la Charte.

Article 30 - Droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de l'Andorre.

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

Par conséquent, il se concentrera sur les réponses du Gouvernement aux questions ciblées, à savoir les mesures (juridiques, pratiques et proactives, y compris en ce qui concerne le contrôle et l'inspection) prises pour veiller à ce qu'aucune personne ne tombe sous le seuil de pauvreté, durant et après la crise de la covid-19, les effets de ces mesures et les précédents constats de non-conformité ou décisions d'ajournement.

Le Comité tient à souligner qu'il prendra note de la réponse à la question relative à la covid-19 à titre d'information uniquement, dans la mesure où elle concerne des évolutions survenues en dehors de la période de référence (à savoir, après le 31 décembre 2019). En d'autres termes, les informations mentionnées dans la section « Pauvreté et exclusion sociale en période de crise de la covid-19 » ci-dessous ne feront pas l'objet d'une évaluation de conformité à la Charte dans le cadre du présent cycle d'examen.

Le Comité a ajourné sa précédente conclusion (Conclusions 2017).

Mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale

Le Comité rappelle que dans le cadre de l'article 30, les États parties doivent fournir des informations détaillées sur la manière dont ils mesurent la pauvreté et l'exclusion sociale. Le principal indicateur utilisé pour mesurer la pauvreté est le taux de pauvreté relative. Cela correspond au pourcentage de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté, qui est fixé à 60 % du revenu médian ajusté.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a noté que le système informatique permettant l'intégration de données de tous les ministères et autorités pertinentes était en cours de développement. Il a également noté que les données sur le seuil de pauvreté avant et après transferts sociaux seraient disponibles sur le nouveau système à partir de 2018. En outre, le Comité a observé, d'après diverses sources, qu'il était estimé qu'au regard de la nature de l'économie d'Andorre, de sa structure de revenus et de la taille de sa population, l'incidence de pauvreté était très faible. Par conséquent, il a demandé une estimation du seuil de risque de pauvreté calculé selon la méthodologie d'Eurostat (personnes percevant un revenu inférieur ou égal à 60 % du revenu médian ajusté) et des données sur le seuil de pauvreté avant et après transferts sociaux.

En réponse, le rapport indique qu'en 2018, le seuil de pauvreté était de 11 994 € pour les ménages composés d'un adulte et de 25 187 € pour les ménages composés de deux adultes et de deux enfants de moins de 14 ans.

Le rapport indique qu'en 2018, le taux de risque de pauvreté était de 12,8 % pour l'ensemble de la population ; de 13,3 % pour les enfants de moins de 16 ans ; de 12,1 % pour les personnes entre 16 et 64 ans ; et de 19,9 % pour les personnes âgées de plus de 65 ans. Le taux de risque de pauvreté avant les prestations sociales et les pensions était de 59,8 % pour les personnes âgées et de 24 % pour la population totale. En comparant les taux de risque de pauvreté avant et après transferts sociaux, le Comité observe l'impact élevé des prestations sociales, en particulier sur le taux de risque de pauvreté des personnes âgées.

Le Comité prend note des données détaillées concernant le taux de risque de pauvreté selon le types de ménage. Selon le rapport, les personnes les plus exposées au risque de pauvreté sont celles vivant dans des ménages composés d'un adulte avec les enfants à charge (25,7 %). Ce taux s'élève à 10,3 % dans les ménages de deux adultes ou plus avec les enfants à charge, et à 11,3 % dans les ménages de deux adultes ou plus sans enfants à charge. En outre, le Comité note que 3,5 % de population se trouve dans une situation de privation matérielle sévère.

En ce qui concerne le système informatique, le rapport indique que le projet d'élaboration de la base de données d' « Histoire sociale partagée » est en phase finale d'élaboration et qu'il devrait entrer dans une période de test en juillet 2021 (en dehors de la période de référence) pour être pleinement opérationnel à partir de septembre 2021.

Le Comité note que les taux globaux de risque de pauvreté (après transferts sociaux) sont relativement bas. Il observe également les effets positifs des transferts sociaux et la faible privation matérielle sévère. En revanche, faute de données pour chaque année de la période de référence, le Comité ne peut pas observer les tendances de taux de risque de pauvreté. Par conséquent, il demande que le prochain rapport contienne des informations sur les taux de risque de pauvreté pour chaque année de la période de référence.

En outre, le Comité rappelle que l'article 30 ne concerne pas uniquement la pauvreté, mais aussi l'exclusion sociale et le risque d'exclusion sociale. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations détaillées à cet égard, notamment d'éventuelles statistiques concernant l'exclusion sociale.

Approche suivie pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé des informations sur les mesures appliquées et sur l'existence de mécanismes de coordination pour ces mesures, y compris au niveau de la fourniture de l'assistance. Il a également demandé des données détaillées démontrant que les ressources budgétaires destinées à combattre la pauvreté et l'exclusion sociale soient suffisantes (Conclusions 2017).

En réponse, le rapport indique que la coordination, l'optimisation des ressources et la transversalité sont l'un des principes directeurs de la loi 6/2014 du 24 avril 2014 en matière de services sociaux et socio-sanitaires. Selon le rapport, les services sociaux de base sont en contact permanent avec les administrations locales, les autres services publics et les principales organisations à but non lucratif afin d'éviter tout double emploi entre les acteurs impliqués dans le domaine de la protection sociale. Les services sociaux de base évaluent la situation personnelle et familiale des bénéficiaires d'une prestation. En outre, le rapport indique que la Commission nationale de protection sociale a été créée par la loi 6/2014 en tant qu'organe politique et technique de coordination et de coopération inter administrative du gouvernement et des « *Comuns* » sur les aspects d'intérêt commun dans le domaine des services sociaux.

Le Comité renvoie par ailleurs à ses conclusions de non-conformité relatives aux autres dispositions pertinentes de la Charte pour l'évaluation de la conformité à l'article 30 (cf. Conclusions 2013, Déclaration d'interprétation sur l'article 30). Il se réfère en particulier à :

- l'article 12§1 et sa conclusion selon laquelle les niveaux minimaux des prestations de maladie, d'accident du travail et de maladie professionnelle sont insuffisants (Conclusions 2021) ;
- l'article 7§5 et sa conclusion selon laquelle le salaire minimum de jeunes travailleurs n'est pas équitable et que les allocations versées aux apprentis ne sont pas adéquates (Conclusions 2019) ;
- l'article 31§2 et sa conclusion selon laquelle la loi n'interdit pas de procéder à l'expulsion l'hiver et qu'il n'est pas établi que le droit interne assure une indemnisation en cas d'expulsion illégale (Conclusions 2019).

Toutefois, voulant mettre en évidence le lien très étroit entre l'effectivité de droit consacré par l'article 30 de la Charte et la jouissance des droits reconnus dans d'autres dispositions de la Charte (cf. Conclusions 2013, Observation interprétative sur l'article 30), le Comité, observe que la situation de l'Andorre était conforme aux articles suivants de la Charte : 1§1 (politique de plein emploi, Conclusions 2020) ; 10§4 (chômeurs de longue durée, Conclusions 2020) ; 14§1 (encouragement ou organisation des services sociaux, Conclusions 2021) ; 15§1 (formation professionnelle des personnes handicapées, Conclusions 2020) ; 15§2 (emploi des personnes handicapées, Conclusions 2021) ; 23 (droit des personnes âgées à une protection sociale, Conclusions 2021) et 31§1 (logement d'un niveau suffisant, Conclusions 2019).

Le Comité rappelle qu'en vue de garantir l'exercice effectif du droit à une protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale, l'article 30 exige des États parties qu'ils adoptent une approche globale et coordonnée, qui doit consister en un cadre analytique, une série de priorités et de mesures pour prévenir et éliminer les obstacles à l'accès aux droits sociaux fondamentaux. L'approche globale et coordonnée doit associer et intégrer des politiques de manière cohérente, allant au-delà d'une approche purement sectorielle ou axée sur des groupes cibles, et des mécanismes de coordination, y compris au niveau de la fourniture de l'assistance et des services à ceux vivant dans la pauvreté ou à risque de pauvreté, devraient exister. Il rappelle également que les mesures prises pour combattre la pauvreté et l'exclusion sociale doivent favoriser l'accès aux droits sociaux fondamentaux, notamment en termes d'emploi, de logement, de formation, d'éducation, de culture et d'assistance sociale et médicale, et lever les obstacles qui l'entravent (Conclusions 2003, France).

Le Comité demande à nouveau que le prochain rapport contienne des informations sur les mesures spécifiques prises et/ou envisagées afin de combattre la pauvreté et l'exclusion sociale. Il demande à nouveau des données détaillées démontrant que les ressources budgétaires destinées à combattre la pauvreté et l'exclusion sociale soient suffisantes. Il souligne que, dans l'hypothèse où les informations demandées ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation de l'Andorre soit conforme à l'article 30 de la Charte sur ce point. Entretemps, le Comité réserve sa position sur ce point.

Contrôle et évaluation

Dans sa conclusion précédente, le Comité a examiné comment les particuliers et les associations prenaient part à l'évaluation des mesures de lutte contre la pauvreté et a jugé la situation conforme sur ce point (Conclusions 2017).

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur le suivi et l'évaluation des mesures de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Pauvreté et exclusion sociale en période de crise de la covid-19

Le rapport indique que la loi n° 3/2020 du 23 mars 2020 relative aux mesures exceptionnelles et urgentes en raison de la situation d'urgence sanitaire causée par la pandémie de covid-19 a chargé le gouvernement d'introduire une modification de la réglementation qui traite des prestations financières pour les situations de chômage involontaire et pour l'aide au logement locatif afin d'assouplir les conditions d'accès à ces aides pour les personnes faisant face à une aggravation de leur situation économique causée par la pandémie.

En outre, une modification du décret n° 3-7-2019 portant approbation du règlement des prestations économiques des services sociaux et socio-sanitaires a été mise en œuvre afin de rendre les conditions d'octroi des aides financières ponctuelles plus flexibles et de les adapter aux circonstances découlant de la situation d'urgence sanitaire. En particulier, les prestations de chômage ont été adaptées afin que les personnes licenciées en raison de la crise sanitaire à partir du 13 mars 2020 puissent en bénéficier. Les personnes ayant quitté leur emploi entre le 17 février 2020 et le 14 mars 2020 pour commencer un nouvel emploi

après le 14 mars 2020, mais qui n'ont pas pu intégrer ce nouveau poste en raison de la situation d'urgence sanitaire, et les entrepreneurs ayant cessé leur activité professionnelle en raison de la fermeture définitive de l'entreprise pour des raisons indépendantes de leur volonté à compter du 13 mars 2020 peuvent bénéficier de l'aide pour autant que la situation économique et sociale se soit aggravée à cause de la situation d'urgence sanitaire. Les exigences relatives à la période de cotisation à la caisse de sécurité sociale ont été réduites : la période d'inscription au service de l'emploi et l'engagement d'insertion active ont été supprimés, et le délai de résolution de la demande a été ramené de deux mois à dix jours.

Conformément à ladite loi n° 3/2020, un congé payé extraordinaire a été instauré pour les parents d'enfants de moins de 14 ans ou ayant un handicap qui travaillent dans des secteurs non concernés par la cessation d'activités. Ce congé est destiné aux parents qui ont été touchés par la fermeture d'écoles et jardins d'enfants.

S'agissant du logement, le rapport indique que le gouvernement a fourni une protection en matière de logement aux personnes titulaires d'un permis de travail temporaire qui ne pouvaient pas retourner dans leurs pays d'origine en raison de la crise sanitaire. Les « *Comuns* » ont également fourni des possibilités de logement à différentes personnes en situation de vulnérabilité. Des organisations à but non lucratif (*Caritas Andorrana* et Croix-Rouge) ont organisé des campagnes pour fournir des soins de base et des frais médicaux aux personnes vulnérables.

Conclusion

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