



European
Social
Charter

Charte
sociale
européenne



18/05/2021

RAP/RCha/AND/14(2021)

CHARTRE SOCIALE EUROPEENNE

14e rapport national sur la mise en œuvre
de la Charte sociale européenne
soumis par

LE GOVERNMENT DE L'ANDORRE

Articles 3, 11, 12, 13, 14, 23 et 30

pour la période 01/01/2016 à 31/12/2019

Rapport enregistré par le Secrétariat le 18 mai 2021

CYCLE 2021

**RAPPORT D'APPLICATION DE
LA CHARTE SOCIALE EUROPEENNE (REVISEE)
DU CONSEIL DE L'EUROPE**

**Quatrième cycle
(2015-2018)**

Période de référence : 1/01/2016 à 31/12/2019

Groupe thématique “Santé, sécurité sociale et protection sociale”

SOMMAIRE

Article 3 : Droit à la sécurité et à la santé au travail	3
Paragraphe 2 – Règlements de sécurité et d'hygiène	3
Article 11 : Droit à la protection de la santé	6
Article 12 : Droit à la sécurité sociale	21
Paragraphe 1 : Existence d'un système de sécurité sociale	21
Paragraphe 4 : Sécurité sociale des personnes qui se déplacent entre États ...	23
Article 13 : Droit à l'assistance sociale et médicale	26
Paragraphe 1 : Assistance appropriée pour toutes les personnes en situation de besoin	26
Paragraphe 4 : Assistance d'urgence spécifique pour les non-résidents	33
Article 14 : Droit au bénéfice des services sociaux	34
Article 23 : Droit des personnes âgées à une protection sociale	36
Article 30 : Droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale	40

Article 3 : Droit à la sécurité et à la santé au travail
Paragraphe 2 – Règlements de sécurité et d'hygiène

➤ **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 ;
- les niveaux de protection contre l'amiante et les radiations ionisantes sont insuffisants ;

IMPORTANT : En ce qui concerne cet article, les réponses aux questions suivantes n'ont pas pu, à ce jour, être incluses dans ce rapport. Elles seront envoyées ultérieurement.

1. Faute de trouver la réponse à la question du Comité (Conclusions 2013) dans le rapport sur ce point, le Comité demande que le prochain rapport contienne ces informations.

2. Par conséquent, le Comité considère que la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail ne satisfait pas à l'obligation générale de couvrir de manière spécifique une grande majorité des risques énumérés dans l'introduction générale aux Conclusions XIV-2.

3. Le Comité demande confirmation si les Règlements précités (p. 13) régissent également la protection des machines ; la manutention manuelle de charges ; le travail sur des équipements à écran de visualisation ; l'hygiène (commerce et bureaux) ; le poids maximum ; la pollution de l'air, le bruit et les vibrations.

4. Le Comité constate à nouveau qu'aucune réglementation en vigueur ne régit de manière spécifique l'exposition à l'amiante et aux radiations ionisantes, hormis dans le cadre particulier des chantiers de construction. Le Comité conclut que les niveaux de prévention et de protection contre l'amiante et les radiations ionisantes ne sont pas conformes à l'article 3§2 de la Charte.

5. Le Comité demande si le domicile d'où opère un travailleur peut être considéré comme lieu de travail et faire dès lors l'objet d'un contrôle de la part des services de l'Inspection du travail.

6. En l'absence d'informations nouvelles concernant les travailleurs indépendants dans le rapport, le Comité réitère son constat de non-conformité sur ce point.

➤ **Questions formulées en annexe** :

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail, les Parties s'engagent, en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs :

1. à définir, mettre en œuvre et réexaminer périodiquement une politique nationale cohérente en matière de sécurité, de santé des travailleurs et de milieu de travail. Cette politique aura pour objet primordial d'améliorer la sécurité et l'hygiène professionnelles et de prévenir les accidents et les atteintes à la santé qui résultent du

travail, sont liés au travail ou surviennent au cours du travail, notamment en réduisant au minimum les causes des risques inhérents au milieu de travail ;

a) Veuillez fournir des informations sur les processus d'élaboration des politiques et sur les dispositifs pratiques adoptés pour identifier des situations nouvelles ou émergentes qui représentent une menace pour le droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail ; veuillez également fournir des informations sur les résultats de ces processus et des évolutions futures visées.

b) S'agissant plus particulièrement de la COVID-19, veuillez fournir des informations spécifiques sur la protection des travailleurs de première ligne (personnel de santé incluant les ambulanciers et le personnel auxiliaire ; la police et d'autres premiers intervenants ; la police et le personnel militaire impliqués dans les services d'assistance et les services répressifs ; le personnel travaillant dans les établissements médico-sociaux, par exemple pour les personnes âgées ou les enfants ; le personnel pénitentiaire et autres personnels de surveillance ; le personnel des pompes funèbres ; et d'autres personnes impliquées dans les services de première nécessité, tels que les transports et le commerce de détail, etc.). Ces informations devront inclure des précisions sur les instructions et les formations, ainsi que sur la quantité et l'adéquation de l'équipement de protection qui est fourni aux travailleurs dans différents contextes. Veuillez fournir des informations analytiques sur l'efficacité de ces mesures de protection et des données statistiques sur les résultats en matière de santé.

2. à édicter des règlements de sécurité et d'hygiène ;

a) Veuillez 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.).

b) Si la précédente conclusion dressait un constat de non-conformité, veuillez expliquer si et comment le problème a été résolu. Si la précédente conclusion a été ajournée, veuillez répondre aux questions posées.

3. à édicter des mesures de contrôle de l'application de ces règlements ;

a) Veuillez fournir des données 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 burn-out 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 divertissement sportif, 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 et des services répressifs, etc.) et également en ce qui concerne les victimes de harcèlement au travail et de mauvaise gestion.

b) Veuillez fournir des informations à jour sur l'organisation de l'Inspection du travail et sur l'évolution des ressources allouées aux services de l'Inspection du travail, y compris les ressources humaines. Devront également être indiqués le nombre de visites de contrôle de santé et de sécurité effectuées par les services de l'Inspection du travail et la proportion de travailleurs et d'entreprises que couvrent ces visites, ainsi que le nombre d'infractions aux règlements de santé et de sécurité, et la nature et le type de sanctions infligées.

c) Veuillez indiquer 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. Si certains lieux de travail sont exclus, veuillez indiquer quels dispositifs sont en vigueur pour assurer le contrôle de l'application des règlements de santé et de sécurité dans de tels locaux.

d) Si la précédente conclusion dressait un constat de non-conformité, veuillez expliquer si et comment le problème a été résolu. Si la précédente conclusion a été ajournée, veuillez répondre aux questions posées.

4. à promouvoir l'institution progressive des services de santé au travail pour tous les travailleurs, avec des fonctions essentiellement préventives et de conseil.

Aucune information requise, sauf si la précédente conclusion formulée pour votre pays a consisté en un constat de non-conformité ou un ajournement. Pour les conclusions de non-conformité, veuillez expliquer si et comment le problème a été résolu et pour les ajournements, veuillez répondre aux questions posées.

Article 11 : Droit à la protection de la santé

➤ **Conclusion** : Le Comité conclut que la situation de l'Andorre est conforme à l'article 11§1, 11§2 et 11§3 de la Charte.

➤ Questions formulées en annexe :

Article 11 – Droit à la protection de la santé

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

1. à éliminer, dans la mesure du possible, les causes d'une santé déficiente

a) Veuillez fournir 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.), et 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 toxicomanes ou les détenus, etc.).

- **Réponse** :

Actuellement, l'Andorre ne dispose pas de données officielles d'espérance de vie. Il est prévu d'en avoir en 2022, selon le Programme statistique annuel 2021 (BOPA N°153 année 2020-23 décembre 2020-).

L'Andorre ne dispose pas non plus de données de prévalence du cancer ni d'autres maladies chroniques. Cette situation doit se redresser bientôt puisque récemment a été mise en œuvre l'Histoire Clinique Partagée de l'Andorre laquelle, une fois développée, pourra fournir des informations sur l'incidence et la prévalence de certaines maladies ou autres problèmes de santé. D'autre part, les travaux pour pouvoir disposer d'un registre démographique de personnes atteintes de cancer ont déjà commencé. Ce registre permettra d'obtenir des données de prévalence, d'incidence, de survie et d'autres indicateurs par rapport au cancer.

En ce qui concerne les maladies infectieuses transmissibles :

a) Infections par VIH.

La surveillance de l'infection se base sur un système de déclaration individuelle, confidentielle et pas nominale, dans lequel participent les professionnels médicaux du pays, les laboratoires d'analyse clinique et les pharmacies. Ce registre, permet d'obtenir des informations sur les voies principales de transmission de cette infection.

Au cours des dernières années, nous avons pu observer que la voie principale de transmission est constituée par les relations sexuelles. Aussi, ces dernières années il n'y a pas eu de cas de transmission par consommation de drogues, ni de nouveaux cas détectés parmi les personnes privées de liberté dans les prisons.

Pendant l'année 2019 6 nouveaux cas de VIH+ ont été notifiés, ce qui suppose une incidence de 7,41 cas par 100.000 habitants.

Les données sont publiées annuellement dans le site du Ministère de la Santé :

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total
< 1 an	1	0	1
1-4	0	0	0
5-9	1	0	1
10-14	0	0	0
15-19	0	0	0
20-29	22	7	29
30-39	25	4	29
40-49	16	4	20
50-59	10	1	11
>= 60	1	1	2
Inconnu	5	0	5
Total	81	17	98

Source : https://www.salut.ad/images/stories/Salut/pdfs/temes_interes/VIH-SIDA_DadesDiaMundial.pdf

b) Infections par hépatite C : actuellement il n'y a pas de nouveaux cas de cette infection. Le dernier fut détecté l'année 2018 et il s'agit d'un cas de transmission par voie sexuelle.

b) Veuillez également fournir des informations sur les services de soins de santé sexuelle et reproductive pour les femmes et les filles (y compris l'accès aux services d'avortement) et inclure des informations statistiques sur les maternités précoces (jeunes filles mineures), ainsi que sur la mortalité infantile et maternelle. Veuillez également fournir des informations sur les politiques destinées à éliminer autant que possible les causes des anomalies observées (décès prématurés ; infections évitables causées par des maladies transmissibles par le sang, etc.).

- Réponse :

Le système de santé publique de la Principauté d'Andorre comprend plusieurs programmes destinés principalement à la santé sexuelle et reproductive :

a) Programme de consultation pour les jeunes : Il a comme objectif principal l'éducation sexuelle et reproductive. Il est mené par des infirmières de soins de santé primaires et des sages-femmes qui réalisent des conférences et des formations dans les établissements scolaires (élèves ciblés : de 10-12 ans jusqu'à 18 ans). Aussi, dans les Centres de soins de santé primaires des professionnels mènent des consultations et des visites pour répondre à n'importe quelle requête relative à la santé sexuelle et reproductive. Gratuit.

b) Programme de santé maternelle et infantile : Mené par des sages-femmes, il a comme objectif principal l'assistance globale aux femmes en âge fertile (et suivi des femmes enceintes et soins postnataux). Elles offrent accompagnement dans la préconception, la grossesse, les soins postnataux et supervision des nouveau-nés.

c) Service Intégral d'Assistance à la Femme (SIAD) : Mené par des sages-femmes, il a comme objectif principal répondre à toutes les requêtes relatives à la santé sexuelle et reproductive, ainsi que des renseignements sur l'interruption volontaire de la grossesse. Ce service fut créé au mois de mars 2020 et pendant cette période le SIAD a répondu aux besoins de 12 personnes âgées de 16 à 37 ans.

d) Service de Santé Scolaire : il est intégré dans le service des soins primaires de notre pays et dirigé par des infirmières. Il a comme objectif principal faire le suivi de la santé et les vaccinations des enfants aux écoles et la prévention des maladies. Dans ce service se font des révisions aux écoles et détections des aspects qui puissent être altérés. Gratuit. Il faut souligner que tous les enfants doivent être scolarisés de façon obligatoire à partir des 6 ans.

En plus, Andorre compte avec 7 gynécologues-obstétriciens lesquels répondent aux besoins de toutes les femmes du pays depuis le commencement de leur âge fertile jusqu'à la ménopause, inclus n'importe quel aspect de leur santé sexuelle et reproductive. L'accès est libre et ce n'est pas nécessaire la dérivation à l'attention primaire.

Toutes les gestations sont suivies et contrôlées par un gynécologue lequel fait des révisions et des contrôles pendant la grossesse chaque mois ou mois et demi. Dans ce suivi s'incluent toutes les preuves diagnostiques, analytiques et dérivations nécessaires dans chaque cas. Toutes les femmes peuvent choisir librement le gynécologue.

Si la personne a des problèmes sociaux et/ou économiques, elle est dérivée aux services sociaux, mais dans tous les cas, aucune personne ne reste pas sans attention

Par rapport à l'âge moyen des mères de notre pays, il est environ 33 ans :

- L'année 2017, de 541 naissances, 2 avaient 17 ans, le reste étaient majeures d'âge.

- L'année 2018, de 465 naissances, aucune n'était mineure d'âge.

- L'année 2019, de 467 naissances, 1 avait 17 ans, le reste étaient majeures d'âge.

Ensuite on montre les taux de mortalité infantile et périnatale :

Taux x 1.000	HOMMES		FEMMES		TOTAL	
		Taux		Taux		Taux

Infantile	2	1,3	3	2,1	5	1,7
Néonatale Total	2	1,3	2	1,4	4	1,3
Précoce	-	-	2	1,4	2	0,7
Tardif	2	1,3	-	-	2	0,7
Post néonatale	-	-	1	0,7	1	0,3
Périnatale	5	3,3	2	1,4	7	2,4

En ce qui concerne aux politiques destinées à éliminer autant que possible la mortalité infantile et d'autres anomalies il faut dire, pour un côté, qu'il existe un programme maternel et infantile de suivi de la grossesse et des premiers mois du bébé lequel est universel et complètement gratuit ; et de l'autre côté, que l'Andorre a un programme hospitalier de criblage néonatal gratuit de maladies métaboliques et endocrinopathies :

- ▶ hypothyroïdie congénitale
- ▶ hyperplasie congénitale des surrénales
- ▶ phénylcétonurie (hyperphénylalaninémie)
- ▶ fibrose kystique (mucoviscidose)
- ▶ drépanocytose (drépanocytoses)
- ▶ déficit en acyl-coenzyme A déshydrogénases à chaîne moyenne (MCADD)
- ▶ déficit en 3-hydroxyde acyl-CoA déshydrogénases à longue chaîne (LCHADD)
- ▶ acidémie glutarique type I (GA-I)
- ▶ déficit en biotinidase
- ▶ galactosémie

c) Si la précédente conclusion dressait un constat de non-conformité, veuillez expliquer si et comment le problème a été résolu. Si la précédente conclusion a été ajournée, veuillez répondre aux questions posées.

- Réponse :

Il n'y a pas un constat de non-conformité.

2. à prévoir des services de consultation et d'éducation pour ce qui concerne l'amélioration de la santé et le développement du sens de la responsabilité individuelle en matière de santé ;

a) Veuillez fournir 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 grâce à l'autonomisation, utile pour remédier aux comportements d'automutilation, aux troubles de l'alimentation et 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. Veuillez également fournir des informations sur la sensibilisation et l'éducation en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre (OSIG) et de la violence fondée sur le genre.

- Réponse :

En ce qui concerne l'éducation en matière de santé, il existe le *Programme d'éducation pour la santé à l'école*, lequel envisage des différents domaines parmi lesquels s'incluent l'éducation sexuelle et reproductive, les habitudes alimentaires et les troubles de l'alimentation, les habitudes saines, la prévention de la consommation du tabac, l'alcool et d'autres drogues, tout comme la prévention des accidents et les compétences pour la vie. Il s'agit d'un programme qui a pour objectif, une fois terminée la scolarité, que les élèves acquièrent diverses compétences telles que :

- Découvrir et sentir la vie comme une réalité et un projet duquel nous sommes protagonistes et responsables.
- Connaître et apprécier le propre corps avec ses possibilités et ses limitations en intégrant des habitudes autonomes de soin et santé personnelles, et de respect et solidarité vers la santé des autres.
- Intérioriser et vivre la réalité sexuelle comme un moyen de relation et de communication interpersonnelle gratifiant et sain, tant physiquement, comme affective, émotionnel et social.
- Renforcer l'estime personnelle et l'autonomie comme des réalités personnelles basiques dans la construction d'un projet de vie sain.
- Elaborer et intérioriser des normes basiques de santé : hygiène, alimentation, soin du corps, etc.
- Améliorer l'écologie et la santé en développant des capacités pour la conservation et en créant des habitudes d'amélioration pour un environnement sain.
- Développer la sensibilité et la tendresse vers toutes les personnes avec un handicap physique, psychique, etc. et le respect pour tous les groupes socialement défavorisés pour leur provenance culturelle ou sociale, leur préférence sexuelle, etc.
- Stimuler l'intérêt et le goût pour le sport et l'activité physique comme un moyen pour maintenir un style de vie sain et pour fomentier l'amitié et la solidarité.
- Valoriser de manière critique des situations et conduites de risque pour la santé, en décidant les attitudes personnelles les plus adéquates pour les éviter et en coopérant avec d'autres agents sociaux pour les éviter.
- Participer dans des activités institutionnelles ou d'action citoyenne qui promeuvent la santé, en acquérant des engagements d'amélioration des déficiences sanitaires et d'attention des collectifs défavorisés et avec précarité sanitaire.

Des actions en matière de santé sont promues avec le but d'éduquer et donner les moyens à la citoyenneté pour qu'elle adopte des styles de vie plus sains comme sont les actions adressées à augmenter l'activité physique, à connaître et améliorer les habitudes alimentaires.

On veut remarquer aussi la fonction éducative du Service Intégral d'Attention à la Femme (SIAD) lequel répond à toutes les requêtes relatives à la santé sexuelle et reproductive.

Autrement, on est en train de travailler dans le projet APTITUDE (POCTEFA) lequel est centré en prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées. Le projet APTITUDE a comme objectif inverser la fragilité dans les personnes majeures de 65 ans, pour retarder leur dépendance et/ou leur institutionnalisation par le biais de différentes

interventions relatives fondamentalement à l'exercice physique et les habitudes nutritionnelles.

En ce qui concerne l'éducation et la sensibilisation en matière de violence de genre :

a) Depuis 10 années des séminaires sur la violence sexiste sont réalisés aux centres éducatifs du pays pour traiter les rôles de genre, les stéréotypes de genre, la conception de l'amour romantique, les stéréotypes et les mythes autour de l'amour romantique, la violence de genre (type, cycle de la violence, indicateurs, conséquences, etc.). Depuis 2 années se réalisent aussi des séminaires sur harcèlement et sur égalité.

b) Un plan de sensibilisation pour l'égalité de genre a été élaboré et approuvé pour le ministère des Affaires sociales, du Logement et de la Jeunesse et le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur aux établissements scolaires d'Andorre. Ce plan offre des orientations avec perspectives de genre qui, avec le Guide de collaboration en cas de violence de genre et domestique, entend donner à tous les professionnels qui interviennent dans le milieu scolaire, des directives à suivre visant à traiter les garçons et les filles sur un pied d'égalité réelle et effective dans les politiques éducatives, et éliminer les inégalités de genre qui caractérisent le système social et culturel.

Les principes d'action sont la prévention comme axe fondamental et transversal, la transversalité de genre, la visibilité des femmes, le respect à la diversité et à l'éducation inclusive et la participation équilibrée des femmes et hommes. Il établit aussi un circuit clair dans la détection et intervention des cas de violence de genre et domestique.

c) Chaque année autour du 25 novembre, à l'occasion de la *Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes*, se réalise une campagne de sensibilisation. L'année 2018 furent réalisées 5 capsules audiovisuelles lesquelles montraient des situations de violence de genre dans les jeunes et adolescents pour montrer et faire connaître que la violence de genre aussi se donne entre les adolescents et les jeunes. On a fait diffusion de ces capsules et elles ont été visualisées dans tous les centres éducatifs avec une activité pédagogique conjointe. Toutes les campagnes peuvent être trouvées sur le site Web du ministère des Affaires sociales, du Logement et de la Jeunesse¹.

En ce qui concerne l'éducation et la sensibilisation en matière d'orientation sexuelle et identité de genre :

- Les séminaires d'égalité traitent aussi d'orientation sexuelle et d'identité de genre.
- Chaque année se réalisent des campagnes dirigées à toute la population autour le 17 mai, Journée internationale contre la LGTBIphobie et le 28 juin, Journée internationale de la Fierté LGTBIQ+.

b) Veuillez fournir des informations sur les mesures permettant de garantir un consentement éclairé aux interventions ou traitements médicaux et sur les mesures spécifiques pour lutter contre la pseudoscience concernant les problèmes de santé.

¹ <https://www.aferssocials.ad/igualtat/campanyes-d-igualtat>

Réponse :

La loi 20/2017, du 27 octobre, des droits et devoirs des usagers et des professionnels du système sanitaire et sur l'histoire clinique² établit dans l'article 9, que toute actuation dans le domaine de la santé d'une personne usagère du système sanitaire a besoin de son consentement libre, spécifique, informé et sans équivoque.

Ce consentement se donne en exprimant le choix fait par la personne usagère entre les actuaciones disponibles pour son cas, lesquelles ont été expliquées préalablement.

De façon ordinaire, le consentement doit être verbal et seulement faut le mettre par écrit dans les cas d'interventions chirurgicales, et procédures diagnostiques et thérapeutiques invasives qui comportent des risques graves ou inconvénients notoires et prévisibles, qui soient susceptibles de répercuter négativement dans la santé de l'utilisateur du système sanitaire.

Le document auquel s'incorpore le consentement écrit doit être adapté pour chaque modalité, et il doit inclure les risques personnels pour l'utilisateur, sans aucun préjudice que s'y puissent adjoindre des feuilles et d'autres moyens informatifs de caractère plus général ou spécifique du type d'intervention.

Dans n'importe quel moment la personne affectée peut révoquer librement son consentement, même une fois commencée l'actuation, bien que cela implique le retrait du traitement ou de la mesure. La personne doit être informée préalablement des conséquences qui peuvent comporter la révocation. Cette décision doit être par écrit chaque fois que le consentement informé a été octroyé par écrit.

La loi 20/2017 règle aussi les situations d'exception à l'exigence du consentement :

- Lorsqu'il y a un risque pour la santé publique, s'il y a des raisons sanitaires qui l'exigent, conformément avec ce qui établit la législation applicable.
- Lorsque dans une situation de risque grave et immédiate pour l'intégrité physique ou psychique de l'utilisateur du système sanitaire ce n'est pas possible de connaître sa volonté dû à un manque de compétence pour décider, parce qu'il n'a pas des directives anticipées, ou on n'a pas accès au représentant désigné ou aux personnes qui s'y trouvent associées de façon étroite.

c) Si la précédente conclusion dressait un constat de non-conformité, veuillez expliquer si et comment le problème a été résolu. Si la précédente conclusion a été ajournée, veuillez répondre aux questions posées.

- Réponse :

Il n'y a pas eu un constat de non-conformité.

3. à prévenir, dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres, ainsi que les accidents.

² BOPA n° 75 année 2017 22/11/2017

https://www.bopa.ad/bopa/029075/Pagines/CGL20171117_10_06_59.aspx

a) Veuillez 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.

- Réponse :

L'Andorre n'a pas d'industrie pharmaceutique.

b) Veuillez donner 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.).

- Réponse :

Le 6 octobre 2015 fut signée une convention de collaboration entre le Département d'Institutions Pénitentiaires du Ministère de Justice et Intérieur, le Service Andorran d'Attention Sanitaire (SAAS) et la Caisse Andorrane de Sécurité Sociale (CASS) pour la prestation des services d'assistance aux internes du Centre Pénitentiaire. Cette convention visait à assurer des soins de santé à tous les détenus.

Le système sanitaire andorran est de type mixte, avec des structures d'assistance publiques et privées (médecins qui travaillent de façon indépendante dans sa majorité, un réseau de centres d'attention primaire et un hôpital). Le SAAS est une entité parapublique, avec une personnalité juridique propre et une autonomie financière qui assume la plupart de la gestion et l'administration de toutes les ressources humaines, matérielles et financières dédiées à l'attention sanitaire et la CASS est une entité parapublique qui se charge de la gestion administrative, financière et technique du système andorran de sécurité sociale.

Au niveau d'assistance, le Centre Pénitentiaire dispose de 3 infirmières. Le service d'infirmierie se trouve disponible pendant 24 heures, tous les jours de l'an.

Les détenus ont un médecin de référence, qui passe visite médicale 9 heures la semaine (lundi, mercredi et vendredi). La visite médicale se fait sans la présence des fonctionnaires de la prison, à condition qu'il n'y ait pas un risque pour l'intégrité du personnel. Le médecin fait la visite comme médecin généraliste (suivi de pathologies chroniques, processus aigus, promotion de la santé, des habitudes dans les cas de toxicomanie). L'autorisation pour utiliser de mesures coercitives est à la charge des médecins légistes.

Les procédures médicales sont notées dans l'Histoire Clinique Partagée (HCCA), unique pour toute l'Andorre. La prescription de médicaments se fait sur ce moyen électronique, et les médicaments sont administrés par le Service de Pharmacie du SAAS en format unidosé. Les analytiques sont menées par le Service de Laboratoire, et les preuves d'image dans le service de diagnostique par l'Image de l'hôpital.

En plus du médecin généraliste, un psychiatre et un psychologue clinique, formé en toxicomanie, passent visite médicale 4 heures la semaine. Si nécessaire, un odontologue il vient une fois la semaine.

Il existe un programme de maintenance avec de la méthadone au cas d'addiction à l'héroïne, lequel est en charge de l'Unité de Soins Addictifs (UCA) du SAAS. Si le détenu accepte d'entrer dans ce programme, il subit un test d'urine, et la méthadone lui est administrée chaque jour par le biais d'un circuit établi.

Au cas d'en avoir besoin, les détenus ont accès à l'attention spécialisée, comme n'importe quel autre usager de l'Andorre. Au cas de requérir d'attention urgente, ils sont portés au service d'urgences de l'hôpital, et si nécessaire ils entrent dans des chambres spécialement habilitées par les détenus, et ils sont écoutés et servis par les spécialistes.

Il faut remarquer aussi que tous les fonctionnaires ont fait un cours de réanimation cardiopulmonaire.

c) Veuillez fournir des informations sur l'existence et l'étendue des services de soins de santé mentale de proximité et sur la transition des anciennes grandes institutions vers ces services. Veuillez fournir des informations statistiques sur les actions menées sur le terrain pour évaluer la santé mentale des populations vulnérables, y compris des personnes en situation de pauvreté ou d'exclusion, des chômeurs (en particulier de longue durée). Veuillez également fournir des informations sur les mesures proactives adoptées pour veiller à ce que les personnes ayant besoin de soins de santé mentale ne soient pas négligées. Veuillez également fournir des informations provenant des services médicaux pénitentiaires sur la proportion de détenus qui sont considérés comme présentant des problèmes de santé mentale et qui, selon les professionnels de santé, ne relèvent pas du système pénitentiaire ou à qui une telle situation aurait pu être épargnée si des services de soins de santé mentale appropriés leur avaient été proposés dans des services de proximité ou dans des établissements spécialisés.

- Réponse :

Le fait qu'en Andorre il y ait une faible population et des services sociaux proches de la communauté permet de détecter les situations de vulnérabilité dans les écoles et dans la rue, d'intervenir rapidement si nécessaire, et implique un contrôle approfondi de la population et un suivi avec les services santé mentale. L'intervention peut viser l'octroi de prestations économiques ou matérielles.

L'équipe de santé mentale est intégrée par un groupe spécifique qui peut se déplacer au domicile de la personne, si nécessaire. Il faut aussi remarquer qu'il existe un « Code Lila », au cas où une personne se présente au service des urgences et manifeste une agression sexuelle.

Les visites du détenu avec le psychiatre et le psychologue ont le même fonctionnement que celui des consultations externes, dans le sens qu'il peut décider être visitée ou pas, ou exécuter les indications médicales ou pas. Au cas où le détenu subisse une maladie psychiatrique très grave (Trouble Mental Sévère), ce patient est dérivé à l'Unité hospitalière de Santé Mentale du SAAS où se mène le traitement spécifique de chaque cas.

d) Veuillez également fournir 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. Veuillez donner 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 dommages fondées sur la santé publique, dont l'usage ou la possibilité d'obtenir des médicaments figurant sur la liste des médicaments essentiels de l'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, qui 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.-à-d., qui ne sont pas fondées sur l'état actuel des connaissances scientifiques).

- Réponse :

Le ministère de la Santé a un registre de mortalité et il élabore annuellement une analyse avec les données de mortalité et natalité d'un point de vue sanitaire :

- Pendant l'année 2016 on a eu un cas de mort relative aux drogues.
- Pendant les années 2017 et 2018 on n'a pas eu aucun cas de mort par surdosage relative à la consommation de drogues.
- Actuellement on est en train de travailler pour avoir les données de mortalité de l'année 2019.

Sur le lieu de la détention, soit le poste de Police ou le Centre Pénitentiaire, on n'a pas constaté d'aucun décès causé par consommation de substances psychoactives, incluant celles d'injection. Au Centre Pénitentiaire il y a un programme de méthadone qu'on peut appliquer le cas échéant.

De façon ponctuelle, on a pris aux urgences de l'Hôpital *Nostra Senyora de Meritxell* quelque situation par usage de substances psychoactives. Dans quelques cas, a été nécessaire l'admission hospitalière à psychiatrie.

En aucun cas on permet la coaction pour se soumettre à un programme de traitement de désintoxication. Lorsqu'une personne qui consomme habituellement des drogues type cocaïne et/ou cannabis (l'usage d'opiacés dans la population du Principauté est très exceptionnel) entre au Centre Pénitentiaire, volontairement s'engage à faire un traitement ambulatoire en substitution du temps qui correspond à la peine. Toutefois, une quantité importante de la population qui se trouve détenue par vente de substances illégales n'est pas résidente dans le Principauté. Pourtant, l'engagement de mener le traitement psychiatrique ambulatoire postérieurement, dans beaucoup de cas ne s'accomplit pas.

En ce qui concerne la vision générale de la politique nationale pour répondre à la consommation de substances et aux troubles relatifs il faut dire que le Plan national contre les toxicomanies (PNCD), aborde au niveau institutionnel la prévention des toxicomanies, toujours depuis une perspective globale, intégratrice et de consensus avec tous les agents concernés. Actuellement, le PNCD est en train de s'actualiser.

Dans ce sens, le PNCD intègre des aspects liés à la prévention, par le biais d'actions visant à réduire l'offre de drogues, prévenir et réduire sa consommation et les risques associés ; l'attention et la réinsertion. Il envisage aussi les agissements dans de

différents domaines d'intervention. L'alcool et le tabac sont considérés comme des substances également addictives.

En ce qui concerne l'attention, le traitement inclut des stratégies adressées à la diminution des dommages et risques pour faciliter l'accès à l'attention des personnes qui ont des difficultés ou qui ne se trouvent pas en conditions d'abandonner leur consommation. On prétend la normalisation de l'attention et le traitement de la personne qui présente une toxicomanie, en évitant au maximum les barrières d'accès aux ressources d'attention sociale et d'attention sanitaire.

Dans ce sens on travaille pour donner une réponse adéquate et suffisante aux besoins thérapeutiques tout comme garantir une attention intégrale à toutes les personnes qui en ont besoin et faciliter la disponibilité et l'accessibilité aux ressources et services. Cette attention est couverte en partie par la sécurité sociale et on dispose d'aides pour ces personnes qui puissent en avoir besoin.

Dans le cadre de la réponse aux besoins thérapeutiques et l'attention spécialisée, l'Unité de conduites addictives du SAAS dispose de différents programmes d'assistance lesquels incluent le traitement des problèmes relatifs à la consommation de différentes drogues (incluant le tabac et l'alcool).

En ce qui concerne au programme pour consommateurs d'héroïne, on offre la possibilité d'accéder à des traitements orientés à l'abstinence/libre de drogues, mais on offre aussi attention dès la perspective de réduction de risques par le biais par exemple du Programme de maintenance avec agonistes.

Par le biais du Décret du 9-4-2003 par lequel se règle le traitement de la substitution avec de la méthadone, le Gouvernement délégua au Service Andorran d'Attention Sanitaire (SAAS), la réalisation du traitement de la substitution avec de la méthadone par le biais de l'intervention de professionnels qualifiés en matière de toxicomanies. Ce programme est gratuit et ne suppose aucun coût pour le patient.

Dans ce sens, on garantit la disponibilité et l'accessibilité à la méthadone, un médicament qui figure sur la Liste de médicaments essentiels de l'OMS et pouvoir mener le traitement de sa dépendance.

Également, pendant le mois de mars 2006, a été signée une Convention de collaboration avec le directeur du Service de Police pour offrir le traitement de substitution avec de la méthadone à des patients qui ont entré au Centre Pénitentiaire en garantissant ainsi la disponibilité et l'accessibilité au traitement par la population en liberté tout comme la population qui se trouve au Centre Pénitentiaire.

e) Veuillez fournir 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 ; veuillez aussi indiquer les mesures prises pour traiter les problèmes de santé des populations touchées. Veuillez également fournir des informations sur les mesures prises pour informer le public, y compris les écoliers et les étudiants, sur les problèmes environnementaux en général et au niveau local.

- Réponse :

Le but du Département de Santé Environnementale du Ministère de la Santé est celui d'atteindre le meilleur niveau possible de santé de la population. Cet objectif se réalise par le biais de la planification et de l'exécution d'agissements de surveillance (prévention) et du contrôle des facteurs déterminants de l'entourage (inspection) qui peuvent compromettre la santé, comme par exemple : l'approvisionnement d'eau destinée à la consommation humaine, les eaux de loisir, les déchets sanitaires, les installations et équipements avec un risque de prolifération de légionellose et la surveillance sanitaire des situations d'insalubrité dans des logements ou dans des lieux de concurrence publique.

En ce qui concerne l'eau destinée à la consommation humaine, l'Andorre dispose d'un Système national de surveillance de l'eau destinée à la consommation humaine, de surveillance et de contrôle officiel des entreprises et des entités publiques et privées qui exercent des activités de collecte, de stockage, de traitement et de distribution des eaux destinées à la consommation humaine. Les actions de contrôle adoptées par ces entreprises font l'objet d'un programme de surveillance par les autorités sanitaires afin de vérifier que les critères établis dans la réglementation sanitaire en vigueur sont respectés. Nous réalisons également toute une série d'activités comme par exemple :

- Une inspection des conditions sanitaires des réseaux d'approvisionnement d'eau (captations, installations et équipements de stockage, traitement et conduction de l'eau).

- Une inspection sanitaire de citernes ou réservoirs mobiles destinés au transport d'eau pour la consommation humaine.

- Un contrôle de la qualité de l'eau et désinfection de l'eau de consommation humaine par le biais de :

- Une surveillance de l'autocontrôle relatif à la qualité de l'eau de consommation réalisé par les entreprises fournisseuses.

- Sur une base annuelle, nous organisons également la collecte d'échantillons d'eau destinée à la consommation humaine de tous les réseaux d'approvisionnement identifiées.

- Des campagnes spécifiques sont également programmées.

- Un registre des contrôles sanitaires, une gestion des incidences, l'émission de documentation officielle et la communication des résultats à l'autorité sanitaire compétente et aux autres organismes de l'Administration.

Dans le but de protéger la santé publique nationale, il existe aussi le Système national de surveillance des eaux de loisirs en tant que système officiel de surveillance et de contrôle des piscines et autres installations ou équipements aquatiques à usage public. Ceci comprend diverses activités qui consistent en :

- L'émission de rapports préalables à l'octroi de permis de construction de projets de piscines et vaisseaux destinés à accueillir des activités aquatiques de loisir ;

- L'inspection des conditions sanitaires des piscines et des équipements aquatiques de loisir et des installations annexes ;

- Les déterminations physicochimiques et microbiologiques de l'eau des piscines et d'autres équipements aquatiques de loisir pour vérifier les paramètres minimums de qualité lesquels doivent garantir son aptitude pour le bain ;
- La surveillance des plans d'autocontrôle que doit adopter le responsable légal des installations pour garantir l'efficacité et la traçabilité des conditions de salubrité et sécurité, tout comme pour gérer la documentation qu'ils génèrent.

Concernant les déchets sanitaires, une surveillance et un contrôle a été mis en place auprès des centres ou établissements dont l'activité peut comporter la production de déchets hiérarchisés selon la normative en tant que déchets sanitaires. Les centres inspectés sont : l'hôpital, les centres résidentiels socio sanitaires, les centres d'attention primaire, les laboratoires d'analyses cliniques, les cliniques vétérinaires, et quelques cabinets médicaux (par exemples, dans les pistes de ski).

Il existe aussi un système de surveillance des installations et des équipements de risque pour prévenir la légionellose dans lequel s'incluent diverses activités qui consistent à l'inspection des conditions sanitaires des installations, aux déterminations physicochimiques et microbiologiques de l'eau et à la surveillance du plan de prévention et de contrôle. Elles sont mises en place par la personne titulaire pour garantir l'efficacité et la traçabilité des conditions de salubrité et sécurité, ainsi que pour gérer la documentation qu'ils génèrent.

Pour ce qui concerne les situations d'insalubrité, il existe une surveillance sanitaire sur des situations d'insalubrité dans les logements (sur plainte ou réclamation) et dans lieux de concurrence publique par le biais de consultations téléphoniques et d'inspections *sur place* lorsqu'il y a une dénonciation.

Concernant les mesures prises pour informer la population sur les problèmes environnementaux :

- Le site web du Département de l'environnement et du développement durable offre diverses informations concernant beaucoup de domaines liés à l'environnement (www.mediambient.ad).
- Nous disposons d'un site web (www.aire.ad) qui informe la population des valeurs de certains polluants atmosphériques en temps réel et qui les transforme en un indice de la qualité de l'air. Le site informe également des niveaux de pollen.
- Nous disposons d'un site web (www.depuradores.ad) qui présente le fonctionnement des différentes usines de traitement d'eau usée du pays.
- Il existe une commission d'information et de surveillance du centre de traitement thermique de déchets qui a pour but d'informer le public à propos de la surveillance de l'impact de l'activité sur son entourage et sur l'environnement. Toute l'information est disponible sur le site web www.vigilanciactractamentresidus.ad.

f) Dans le contexte de la crise liée à la COVID-19, veuillez évaluer l'adéquation des mesures prises pour limiter la propagation du virus dans la population (dépistage et traçage, distanciation physique et auto-isolement, fourniture de masques chirurgicaux, désinfectant, etc.) ainsi que des mesures prises pour soigner les malades (nombre suffisant de lits d'hôpitaux, y compris d'unités et d'équipements de soins intensifs, et déploiement rapide et en nombre suffisant

du personnel médical tout en veillant à ce que ses conditions de travail soient saines et sûres — une question traitée à l'article 3 ci-dessus) . Veuillez indiquer les mesures prises ou prévues à la suite de cette évaluation.

- Réponse :

Depuis l'émergence de la crise sanitaire causée par le SARS-CoV-2 le Gouvernement de l'Andorre a appliqué les lignes stratégiques suivantes :

1. Adaptation de la capacité des soins à la situation de crise sanitaire actuelle, avec l'activation de ressources d'avantage spécialisés et de circuits différenciés pour les malades de COVID-19 selon les besoins de la situation sanitaire. Cette flexibilisation a permis d'éviter la saturation du système sanitaire même dans les pires moments de la pandémie. Cette flexibilité a pu être mise en place grâce à une communication et une coordination très fluide avec les professionnels sanitaires concernés. Il existe un Plan de contingence qui regroupe les différents dispositifs d'assistance. Ce dernier indique également quand faut-il les ouvrir ou les fermer, en fonction de la situation sanitaire et épidémiologique. Implicitement, il contient également une recherche des professionnels nécessaires.

2. Détection rapide des cas positifs et isolement des contacts. La capacité de réalisation de preuves diagnostiques a été adaptée et augmentée selon les besoins et l'évidence scientifique du moment, en disposant actuellement d'une capacité diagnostique très haute, spécialement en matière de test TMA. Cependant, il faut considérer que quand la capacité de diagnostic augmente, le nombre de positifs détectés s'élève aussi ; et pourtant, le chiffre de cas augmente. Les preuves de détection en moyennant une TMA se mènent dans des points d'extraction, dénommés StopLabs, habilités de façon permanente ou temporaire selon les besoins.

Au niveau des test de diagnostique, il faut souligner la recherche active de cas par le biais de la réalisation de dépistages à la population ou de dépistages sectoriels, les plus pertinents étant :

a) Le dépistage sérologique de toute la population andorrane avec la réalisation de tests rapides sérologiques (IgM/IgG). Ce dépistage populationnel fut mené pendant les mois d'avril et mai et le 90,8% de la population fut testée. La campagne fut menée en deux rondes (deux tests par personne) avec un intervalle de 15 jours entre les deux tests. Les résultats de ces dépistages ont servi pour la prise de décisions dans les mesures à adopter pour la réouverture graduelle des activités économiques, culturelles, éducatives et sportives, ainsi que sur le déconfinement de la population.

b) Dépistages sectoriels selon le risque des collectifs, soit à la totalité du collectif soit sous la forme d'échantillonnages :

i. Population scolaire : Il faut souligner que pendant le mois de septembre de 2020 a été mené le dépistage de toute la population scolaire (personnel et étudiants) de façon préalable au commencement de l'année scolaire. Le dépistage a été fait à 11.179 personnes (le 91% de la population scolaire en incluant le personnel et étudiants).

ii. Population qui réside dans des institutions socio sanitaires : considérant que la population qui réside dans des centres socio-sanitaires est spécialement vulnérable à la COVID-19, on est en train de mener une surveillance intensive pour détecter

n'importe quel cas entre les résidents ou le personnel (criblages avec TMA tous les 15 jours du personnel et chaque mois pour les résidents).

iii. Il existe une proposition temporelle pour la réalisation des différents dépistages sectoriels à effectuer auprès des organismes spéciaux, personnel du secteur commercial et la restauration, etc.

c. Accès sans indication médicale à la réalisation de la TMA, de façon gratuite, pour l'ensemble de la population. Ceci facilite le contrôle des personnes revenant de l'étranger, ce qui réduit le risque de propagation du virus.

Identification et isolement de contacts : à partir de l'identification d'un cas, l'équipe de traceurs s'active, celui-ci mène de façon rapide et coordonnée les sondages épidémiologiques qui permettent l'identification et l'isolement des contacts proches du cas et mènent les agissements nécessaires pour freiner la transmission du virus.

3. Un protocole d'agissement devant des cas de COVID mis à jour de façon constante, consensuelle et connue par tous les agents concernés.

4. Pour faciliter le confinement des cas et des cas contacts, le Gouvernement a établi une incapacité temporaire spécifique à cette situation au sein de la liste de modalités d'accident de travail. Ce régime s'applique aussi lorsque les parents ont besoin de s'excuser du travail pour s'occuper de leur enfant, qui suite à un contact avec un positif, doit être isolé. De plus, une aide économique a été stipulée pour ces cas d'espèce.

5. Validation des protocoles d'organisation, par le Ministère de Santé, de tous les évènements ludiques, sportifs et culturels.

6. Soutien technologique et matériel :

a) Acquisition et distribution centralisée par le Gouvernement du matériel de protection pour faire face à la pandémie pendant les mois les plus difficiles en garantissant à tout moment la disponibilité des équipes de protection individuelle (EPI) pour les professionnels selon les besoins, tout comme la disponibilité de masques pour la protection de la population.

b) Développement technologique :

a. Plateforme COVID : Cette plateforme fut développée avec le but de que n'importe quel citoyen puisse se faire un questionnaire relatif aux symptômes et l'orienter pour consulter les ressources d'assistance selon le résultat. Cette plateforme fut utilisée aussi dans le management du dépistage sérologique.

b. Histoire clinique partagée : La disponibilité d'une histoire clinique partagée entre tous les professionnels sanitaires de l'Andorre a été un outil clef pour l'assistance sanitaire des patients et dans le management des diagnostics des patients.

7. Transversalité, communication et transparence :

7.1. Comité technicien interministériel : Ce comité, dirigé par le Ministère de Santé, avec des représentants des différents ministères a été un exemple de transversalité et de coordination entre différents composants, l'objectif étant de lutter contre la pandémie.

7.2. Stratégie de communication très active, en soulignant le suivant :

- a. Comparutions en presse très fréquents : deux conférences de presse par jour, une par le Ministère de Santé et l'autre par le Ministre porte-parole dans les moments les plus forts de la pandémie.
- b. Publication de plus de 70 recommandations, instructions, notes informatives ou avertissements pour la population générale par les différents collectifs sanitaires et par d'autres collectifs.
- c. Mise à disposition d'un numéro de téléphone d'attention spécifique pour les citoyens : 188.
- d. Utilisation du site web et des réseaux sociaux pour favoriser la diffusion de l'information.

g) Si la précédente conclusion dressait un constat de non-conformité, veuillez expliquer si et comment le problème a été résolu. Si la précédente conclusion a été ajournée, veuillez répondre aux questions posées.

- **Réponse :**

Il n'y a pas eu un constat de non-conformité et la précédente conclusion n'a pas été ajournée.

Article 12 : Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 1 : Existence d'un système de sécurité sociale

➤ **Conclusion :** Le Comité conclut que la situation de l'Andorre n'est pas conforme à l'article 12§1 de la Charte aux motifs que :

- le montant minimum des indemnités de maladie est insuffisant ;
- le montant minimum des prestations versées en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle est insuffisant.

1. Le Comité demande que le prochain rapport explique quelles sont les catégories de personnes exclues de la couverture santé.

- **Réponse :**

Les catégories de personnes résidant en Andorre et qui sont exclues de la couverture santé de la sécurité sociale sont celles qui résident légalement en Andorre avec une autorisation de résidence sans activité lucrative, celles-ci doivent disposer d'une couverture et une assurance autre que celle de la sécurité sociale.

Les personnes résidant en Andorre et qui perdent leur couverture santé ont la possibilité de demander des aides auprès des services sociaux.

2. Le Comité demande par conséquent que le prochain rapport clarifie ce point.

- **Réponse :**

Le taux fixé à 24,91% sera révisé pour être confirmé.

Pour l'année 2018, le taux de couverture de l'assurance maladie par rapport à la population recensée en Andorre est de 92,8%.

Pour l'année 2018, le taux de couverture de l'assurance vieillesse par rapport à la population recensée en Andorre est de 56,7%.

3. Par ailleurs, le rapport ne fournit pas d'informations sur la couverture des branches prestations familiales, maternité, accidents de travail et maladies professionnelles, invalidité et survivants.

- Réponse :

L'année 2018, le pourcentage d'assurés par rapport à la population active inscrite auprès de la sécurité sociale (salariés et indépendants) pour les différentes branches est la suivante :

-Pour la branche maladie : le taux est de 98,4% (pour les salariés et indépendants sur le total de la population active occupée inscrite à la sécurité sociale)

-Pour la branche accident de travail et maladie professionnelle : le taux est de 98,4% (pour les salariés et les indépendants sur le total de la population active occupée inscrite à la sécurité sociale).

-Pour l'invalidité maladie : le taux est de 83% (pour les salariés sur le total de la population active salariée inscrite auprès de la sécurité sociale)

-Pour la maternité : le taux est de 98,3% (pour les salariés sur le total de la population active salariée inscrite auprès de la sécurité sociale)

-Pour la vieillesse : le taux est de 96,5% (pour les salariés et les indépendants sur la population active inscrite auprès de la sécurité sociale)

-Pour la pension de réversion : le taux est de 76,8% (pour les salariés sur le total de la population active salariée inscrite auprès de la sécurité sociale).

4. Le Comité demande que des données pertinentes relatives au taux de couverture de chaque branche soient systématiquement fournies dans tous les prochains rapports, à savoir le pourcentage d'assurés par rapport à la population totale en ce qui concerne la couverture santé et prestations familiales et le pourcentage d'assurés par rapport à la population active en ce qui concerne les branches maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, invalidité, maternité, chômage, vieillesse et survivants. Entretemps, il réserve sa position sur ce point.

> La réponse à cette question n'a pas pu, à ce jour, être incluse dans ce rapport. Elle sera envoyée ultérieurement.

5. En l'absence d'informations sur le montant minimum des prestations, le Comité a ajourné ses conclusions précédentes (Conclusions 2009 et 2013), en précisant que si ces informations ne figureraient pas dans le rapport, rien ne permettrait d'établir que la situation soit conforme à la Charte. Le Comité constate que le rapport ne fournit toujours pas d'informations sur le montant minimum, mais il indique le taux de remplacement prévu.

> La réponse à cette question n'a pas pu, à ce jour, être incluse dans ce rapport. Elle sera envoyée ultérieurement.

6. Le Comité demande que le prochain rapport présente des informations actualisées concernant le seuil de pauvreté, le salaire minimum, la valeur nette du revenu moyen ajusté et le niveau minimum des prestations versées en remplacement des revenus (maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse et invalidité) ainsi que le montant des prestations familiales.

Réponse :

Les prestations actives au 31 décembre 2020 ont bénéficié à 718 familles et 1284 enfants, pour un montant annuel moyen par famille de 1861,39 €.

Les autres données demandées seront envoyées ultérieurement.

Article 12 : Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 4 : Sécurité sociale des personnes qui se déplacent entre États

➤ **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 :

- l'égalité de traitement en matière de droits à la sécurité sociale n'est pas garantie aux ressortissants de tous les autres États parties ;
- il n'est pas établi que la conservation des avantages acquis soit garantie aux ressortissants de tous les autres États parties ;
- il n'est pas établi que le droit au maintien des droits en cours d'acquisition soit garanti aux ressortissants de tous les autres États parties.

1. Le Comité demande si les ressortissants espagnols et portugais sont également exemptés de cette condition.

Réponse :

La loi 6/2014 du 24 avril relative aux services sociaux et sociosanitaires ne dispense pas les ressortissants français de se conformer à la condition de résidence pendant une période de 10 ou 7 ans, selon le type d'allocation de solidarité.

En effet, toute personne qui demande une allocation de solidarité ressortissante ou étrangère, quelle que soit sa nationalité, doit justifier de la durée de résidence requise (10 ou 7 ans selon la pension de solidarité considérée).

2. Le Comité comprend que l'Andorre n'exige pas des enfants qu'ils résident sur son territoire pour le versement des prestations familiales, mais demande que le prochain rapport confirme cette analyse et, entre-temps, réserve sa position sur ce point.

Réponse :

En Andorre, les prestations familiales pour enfant à charge ne sont pas considérées comme des prestations de sécurité sociale.

L'article 5 de la loi 6/2014 établit que tous les mineurs peuvent avoir un accès égal au système des services sociaux et sociosanitaires même s'ils ne justifient pas de résidence légale au moment de la demande, conformément à la Convention relative aux droits de la personne Enfant.

Cependant, l'exigence de résidence est effectivement imposée à la personne qui demande la prestation, qu'il s'agisse du père, de la mère ou du tuteur de l'enfant à charge.

3. Le Comité demande que le prochain rapport présente des informations sur les accords envisagés, si tant est que cela soit le cas, et dans quels délais ils pourraient être conclus.

Réponse :

Afin d'assurer le droit à la conservation des avantages acquis par les assurés qui sont passés dans le système andorran de sécurité sociale, l'Andorre travaille sur un accord d'association avec l'Union européenne.

4. Le Comité demande que le prochain rapport présente des informations sur les accords éventuellement envisagés et dans quels délais ils pourraient être conclus.

Réponse :

Andorre travaille sur un accord d'association avec l'Union européenne.

➤ **Questions formulées en annexe :**

Article 12 – Droit à la sécurité sociale

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité sociale, les Parties s'engagent :

1. à établir ou à maintenir un régime de sécurité sociale ;

Aucune information requise, sauf si la précédente conclusion formulée pour votre pays a consisté en un constat de non-conformité ou un ajournement. Pour les conclusions de non-conformité, veuillez expliquer si et comment le problème a été résolu et pour les ajournements, veuillez répondre aux questions posées.

- **Réponse :**

Voir réponse sur la page 21.

2. à maintenir le régime de sécurité sociale à un niveau satisfaisant, au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale ;

3. à s'efforcer de porter progressivement le régime de sécurité sociale à un niveau plus haut ;

a) Veuillez fournir des informations sur la couverture sociale et ses modalités en ce qui concerne les personnes employées ou dont le travail est géré par des plateformes numériques (par exemple, les services de livraison à vélo).

Réponse :

La sécurité sociale d'Andorre ne dispose pas d'information à ce sujet.

b) Si la précédente conclusion dressait un constat de non-conformité, veuillez expliquer si et comment le problème a été résolu. Si la précédente conclusion a été ajournée, veuillez répondre aux questions posées.

Réponse :

Il n'y a pas eu un constat de non-conformité et la conclusion n'a pas été ajournée.

c) Veuillez fournir des informations sur tout impact de la crise liée à la COVID-19 sur la couverture sociale, et sur toute mesure spécifique prise pour compenser ou atténuer un éventuel impact négatif.

Réponse :

Andorre a adopté depuis le 23 mars 2020 des mesures économiques et sociales pour préserver le maximum de postes de travail et accorder la couverture sociale pendant la crise liée à la COVID-19.

Les mesures prises concernant la couverture sanitaire sont les suivantes :

INDÉPENDANTS ET SALARIÉS

- Une prestation économique pour incapacité temporaire est reconnue aux personnes salariées ou aux indépendants qui sont obligés d'être confinés (personne à risque, personne en contact avec une personne positive ou personne diagnostiquée de SARS-CoV-2).

Cette prestation est assimilée à une prestation accident de travail.

- Une prestation économique est reconnue aux salariés ou indépendants pour s'occuper de leur enfant mineur de 14 ans ou présentant une incapacité.

- Une prise en charge à 100% des frais hospitaliers est à la charge de la sécurité sociale pour les frais dérivés de la Covid-19.

SALARIÉS

- Une prestation économique est octroyée par le gouvernement andorran aux salariés qui ont dû suspendre temporairement leur contrat de travail ou réduire la journée de travail.

INDÉPENDANTS

- Une prestation économique est octroyée pour les indépendants qui ont dû suspendre leur activité ou qui justifient une réduction significative de leur chiffre d'affaire.

- Les indépendants qui déclarent une réduction significative de leur activité peuvent demander une base de cotisation équivalente au salaire minimum.

- Les indépendants qui ont dû suspendre leur activité ou qui sont sous un régime de permanence, peuvent suspendre leur cotisation à la sécurité sociale. Le gouvernement andorran prend en charge cette cotisation.

ENTREPRISES

-Le Gouvernement finance le pourcentage destiné à l'employeur (15,5%) à la sécurité sociale pour les salariés qui ont dû laisser temporairement leur travail dû à la situation de crise du Covid-19.

4. à prendre des mesures, par la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux appropriés ou par d'autres moyens, et sous réserve des conditions arrêtées dans ces accords, pour assurer :

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

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

Aucune information requise, sauf si la précédente conclusion formulée pour votre pays a consisté en un constat de non-conformité ou un ajournement. Pour les conclusions de non-conformité, veuillez expliquer si et comment le problème a été résolu et pour les ajournements, veuillez répondre aux questions posées.

Réponse :

Voir réponse sur la page 23.

Article 13 : Droit à l'assistance sociale et médicale

Paragraphe 1 : Assistance appropriée pour toutes les personnes en situation de besoin

➤ **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 les ressortissants étrangers non-résidents en situation irrégulière sur le territoire andorran aient droit à une assistance sociale et médicale d'urgence.

1. Le Comité demande que le prochain rapport confirme que toute personne sans ressources a droit à l'assistance sociale au sens de l'article 13, au titre de la loi n° 6/2014.

Réponse :

Peuvent exercer son droit à l'assistance sociale les personnes ou les cellules familiales de cohabitation qui ne disposent pas de ressources économiques suffisantes pour faire face à la situation qui donne lieu à leur demande.

La personne qui demande doit prouver une résidence légale, effective et permanente en Andorre au moment de la demande et pendant la période de réception de la prestation. Néanmoins, la personne qui se trouve dans une situation d'urgence en

Andorre, quelle que soit sa situation administrative, peut accéder aux prestations d'urgence pour répondre aux besoins de base, en vertu de la loi 6/2014.

2. Le Comité demande que le prochain rapport confirme qu'il en est bien ainsi.

Réponse :

Le seuil économique de cohésion sociale (LECS) est bien une référence objective qui sert à déterminer quand une personne ou une cellule familiale de cohabitation peut avoir besoin d'aide, ce seuil sert aussi à fixer le montant maximum de certaines prestations ainsi que le montant à garantir.

Donc, le montant de l'aide économique pour les besoins de base correspond à la différence entre leurs ressources et ledit seuil.

Cependant, les montants maximaux des prestations sociales sont modulés en fonction de la nature et du type d'aide, du besoin à couvrir, des ressources de la personne demandant et les postes budgétaires alloués. Notamment, le montant maximum pouvant être accordé pour les aides économiques occasionnelles dédiés à faire face à des besoins de base est l'équivalent au LECS mensuel personnel (salaire minimum) ou familial, selon le cas.

3. Le Comité demande à combien s'élèvent les prestations complémentaires 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).

Réponse :

Les prestations économiques sont compatibles entre elles lorsque leur finalité est différente. Également, elles sont compatibles avec d'autres prestations publiques et privées quand elles sont destinées à d'autres fins. Si les prestations économiques publiques ou privées ont le même objectif, elles peuvent être complétées jusqu'au montant maximum du LECS personnel ou familial, selon le cas.

Aides économiques occasionnelles	2016	2017	2018	2019
Demandes favorables	1.052	1.368	1.447	1.179
Numéro d'aides	2.069	2.820	2.843	2.517
Foyers bénéficiaires	679	779	882	732

Personnes bénéficiaires	1.297	1.443	1.602	1.242
--------------------------------	-------	-------	-------	-------

Source : Département des Statistiques du Gouvernement d'Andorre

4. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur le droit de recours et l'assistance judiciaire.

Réponse :

Pour ce qui concerne le droit de recours, toute personne jugée lésée par un acte ou une résolution de l'Administration peut déposer un recours administratif. Contre le rejet exprès ou présumé d'un recours administratif, les personnes concernées peuvent introduire un recours auprès de la juridiction administrative, sous la forme et dans les délais fixés par la loi. Le dépôt préalable d'un recours administratif est une condition nécessaire pour accéder à la voie juridictionnelle, à quelques exceptions près.

Toute personne nationale ou résidente à la Principauté peut bénéficier d'aides judiciaires si elle prouve qu'elle ne dispose pas de ressources économiques suffisantes pour couvrir les frais d'un avocat qui l'assiste correctement soit pour engager une procédure, soit dans le cadre d'une affaire déjà ouverte.

Dans ce but, elle devra comparaître à la *Batllia* d'Andorre (Tribunaux) accompagné de deux témoins qui ne sont pas des membres de leur famille et qui connaissent sa situation économique.

De plus, le Barreau offre à la population la possibilité de consulter gratuitement un avocat à titre de conseil juridique les mercredis sur rendez-vous.

5. Le Comité demande si la loi n° 6/2014 institue une condition de durée de résidence supplémentaire.

Réponse :

En fonction de l'aide demandée, conformément à la loi 6/2014, le demandeur doit justifier d'une certaine période de résidence légale, effective et permanente en Andorre, sans interruption, avant le dépôt de la demande, pouvant aller de 3 à 10 ans.

En revanche, les aides économiques occasionnelles destinées à couvrir les besoins de base ne nécessitent pas d'une preuve d'aucune période de résidence antérieure, mais si d'une résidence effective.

6. Le Comité demande que le prochain rapport précise si cette disposition – ou un autre texte de loi – permet aux étrangers non- résidents en situation irrégulière d'obtenir gratuitement une assistance médicale d'urgence.

Réponse :

La loi générale sur la santé, du 20 mars 1989 modifié par la loi 1/2009, du 23 janvier, garantit des soins de santé dans le cadre du système de santé par le biais du *Servei Andorrà d'Atenció Sanitària*, ainsi que des particuliers et des entités privées.

Dans ce contexte, le gouvernement définit les conditions dans lesquelles il finance les prestations nécessaires pour les patients non-nationaux et non-résidents en situation soins de santé individuels d'extrême urgence et qu'ils avèrent insolvables et sans couverture sociale.

En tout cas, le gouvernement délègue la production des prestations correspondantes dans le *Servei Andorrà d'Atenció Sanitària*, qui suppose, à titre exceptionnel, les dépenses engagées.

7. Le Comité a 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. Le Comité constate que le rapport ne donne aucune information quant aux modalités retenues pour satisfaire, en droit et en fait, à ces obligations. Il renouvelle par conséquent son précédent constat de non-conformité, 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.

Réponse :

L'article 28.2.d de la loi 6/2014 du 24 avril 2014, de services sociaux et socioanitaires est développé à l'article 30 du règlement sur les prestations économiques des services sociaux, sur les aides économiques occasionnelles pour faire face à des situations de subsistance urgentes, ponctuelles et élémentaires. Ces aides comprennent les frais d'entretien, l'hébergement et le retour au lieu d'origine ; et ont une durée maximale de quinze jours calendaires, mais peuvent être prolongée à titre exceptionnel et justifié pour quinze jours supplémentaires. À partir de cette date, le bénéficiaire peut, si nécessaire, accéder à l'une quelconque des aides financières ordinaires.

En cas d'autres situations d'urgence et de besoin extrême qui ne soient pas prévues et qu'il faut les assister pour des raisons humanitaires, conformément à la Déclaration universelle des droits de l'homme, autres aides peuvent également être accordées, comme la première prise en charge sociosanitaire, sans aucune participation du bénéficiaire, à condition qu'elles garantissent la subsistance et la dignité des personnes. Dans ce cas, la résolution accordant l'aide doit motiver la situation et la cause qui la justifie.

L'octroi de l'aide est porté à la connaissance de son pays d'origine, par l'intermédiaire de la représentation diplomatique correspondante, pour chercher des moyens de remboursement de l'aide accordée et pour examiner si dans son pays il existe un aide similaire.

Dans tous les cas, la reconnaissance de dette prévue à l'article 61, alinéa 2 de la loi 6/2014 s'applique.

> Questions formulées en annexe :

Article 13 – Droit à l'assistance sociale et médicale
--

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à l'assistance sociale et médicale, les Parties s'engagent :

1. à veiller à ce que toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes et qui n'est pas en mesure de se procurer celles-ci par ses propres moyens ou de les recevoir d'une autre source, notamment par des prestations résultant d'un régime de sécurité sociale, puisse obtenir une assistance appropriée et, en cas de maladie, les soins nécessités par son état ;

a) Veuillez décrire toute réforme du cadre juridique général. Veuillez fournir des données, des statistiques ou toutes autres informations pertinentes, en particulier : la preuve que le niveau d'assistance sociale est adéquat, c.-à-d. que l'aide devrait permettre à toute personne de satisfaire ses besoins fondamentaux et que le niveau des prestations ne devrait pas être inférieur au seuil de pauvreté. Des informations doivent donc être fournies sur les prestations de base, les prestations complémentaires et le seuil de pauvreté dans le pays, défini comme 50% du revenu équivalent médian et calculé sur la base du seuil du risque de pauvreté publié par Eurostat.

Réponse :

Dans le domaine des services sociaux, la loi 6/2014 a été modifiée par la Loi 27/2017, du 30 novembre, sur les mesures urgentes pour la mise en œuvre de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, faite à New York le 13 décembre 2006 ; Loi 9/2017, du 25 mai, relative aux mesures de lutte contre la traite des êtres humains et de protection de leurs victimes ; la Loi 5/2018, du 19 avril, modifiant la loi 6/2014, du 24 avril, sur les services sociaux et socio-sanitaires ; et la Loi 1/2018, du 1er mars, sur le budget de l'exercice 2018. L'ensemble de ces modifications ont abouti à l'approbation du décret législatif du 30-5-2019, publiant le texte refondu de la loi 6/2014 (BOPA numéro 35 année 2018, 6 juin 2018).

En 2016, le Gouvernement a approuvé le règlement relatif aux les prestations économiques du 18-5-2016, modifié par décret du 3-7-2019 (BOPA N° 61 année 2019 -10 juillet 2019) qui développe les dispositions de la loi 6/2014 à cet égard. Plus précisément, il régleme 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. Ainsi, il reprend le contenu du règlement régissant les prestations familiales pour les enfants à charge approuvé le 3 septembre 2014 et il comprend également une partie du règlement sur la protection sociale, le travail et la sécurité sociale des personnes handicapées, que le gouvernement a approuvé le 17 novembre 2004, et qui développe à son tour la loi sur la garantie des droits des personnes handicapées, du 17 octobre 2002.

À noter que les aides économiques occasionnelles sont des aides personnelles ou familiales temporaires destinées à financer les dépenses liées à la prise en charge de 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 grave qui les empêche de travailler de vivre dignement, ainsi qu'aux personnes

âgées sans ressources suffisantes pour vivre, même percevant de l'aide de leurs proches.

Le montant des pensions doit garantir le LECS personnel (équivalent au salaire minimum) ou familial et il est déterminé en fonction des revenus personnels ou familiaux.

Le règlement du 18-5-2016 a été modifié pour l'adapter aux besoins des opérateurs, ainsi que pour répondre aux nouveaux besoins de la population d'Andorre. La modification la plus récente a été approuvée le 7 décembre 2020 (BOPA numéro 121 année 2020, 14 octobre 2020) afin d'assouplir les différentes 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 du SARS-CoV-2, et de réparer certains problèmes qui ont été révélés ultérieurement à son approbation.

C'est ainsi que le nombre de demandes d'aides économiques occasionnelles en 2019 était de 1269, dont 93% ont été résolues favorablement (1179) et 7% de manière défavorable (90). Les demandes favorables ont abouti à 2. 517 aides, la plus importante étant celle pour répondre aux besoins de base. Des aides ont été accordées à 732 foyers et ont bénéficié à 1. 242 personnes, avec un montant moyen par foyer de 3. 185,90 €.

L'aide économique occasionnelle pour répondre aux besoins de base (article 15.1 et 27 de la loi 6/2014) représente le 64% du budget total alloué aux prestations sociales.

En ce qui concerne le taux de risque de pauvreté avant les prestations sociales et les pensions, il est de 59,8% pour les personnes âgées de 65 ans et plus, tandis que pour la population totale, le taux est de 24%.

b) Veuillez indiquer toute mesure spécifique prise pour garantir l'assistance sociale et médicale aux personnes sans ressources dans le contexte d'une pandémie comme la crise de la COVID-19. Veuillez également fournir des informations sur l'étendue et les modalités de l'assistance sociale et médicale aux personnes qui n'ont pas de permis de séjour ou qui ne bénéficient pas d'un autre statut leur permettant de résider légalement sur le territoire de votre pays.

Réponse :

Le Gouvernement a approuvé le Décret du 17-4-2020 de modification temporaire et exceptionnelle du Décret du 3-7-2019 d'approbation du Règlement des prestations économiques des services sociaux et socio-sanitaires lors de la situation d'urgence sanitaire provoquée par le SRAS-CoV-2, afin d'assouplir les conditions d'accès à l'aide pour le logement, et à l'aide pour les situations de chômage involontaire, destiné aux résidents qui ont subi une perte économique causée par la situation de crise sanitaire.

De plus, des aides ont été accordées aux ressortissants étrangers titulaires d'une autorisation de travail temporaire, qui n'ont pas pu retourner dans leur pays d'origine du fait de la fermeture des frontières, ainsi qu'aux citoyens nationaux en situation de vulnérabilité.

Notamment, le gouvernement d'Andorre, les administrations locales des paroisses (*comuns*), le Service d'Attention Sanitaire Andorran (SAAS), ainsi que quelques organismes sans but lucratif, ont organisé des campagnes pour assurer les besoins de base et la couverture des frais des médicaments aux personnes qui étaient dans une telle situation. *Caritas Andorrana* a payé les frais de médicaments et d'entretien des personnes qui en avaient besoin et *Croix-Rouge andorrane* a fourni des repas à domicile aux personnes les plus vulnérables (maladie, convalescence, etc.) et a fait des achats de produits de première nécessité pour des foyers qui pour diverses raisons ne pouvaient pas sortir faire leurs achats. Les frais de logement ont également été payés par les administrations.

De plus, à la fin de moi de d'avril, le Service d'Attention Immédiate a traité 36 dossiers et 17 aides économiques d'urgence occasionnelles ont été octroyées. Parmi celles-ci, dans 8 cas, l'hébergement a été assuré, dans 2 cas, une aide pour couvrir les frais de location a été activée, et dans 7 cas une carte prépayée a été activée pour être utilisée dans les centres commerciaux.

c) Si la précédente conclusion dressait un constat de non-conformité, veuillez expliquer si et comment le problème a été résolu. Si la précédente conclusion a été ajournée, veuillez répondre aux questions posées.

Voir réponse sur les pages 26 et suivantes.

2. à veiller à ce que les personnes bénéficiant d'une telle assistance ne souffrent pas, pour cette raison, d'une diminution de leurs droits politiques ou sociaux ;

Aucune information requise, sauf si la précédente conclusion formulée pour votre pays a consisté en un constat de non-conformité ou un ajournement. Pour les constats de non-conformité, veuillez expliquer si et comment le problème a été résolu et pour les ajournements, veuillez répondre aux questions posées.

Réponse :

Il n'y a pas eu un constat de non-conformité ni la conclusion a été ajournée.

3. à prévoir que chacun puisse obtenir, par des services compétents de caractère public ou privé, tous conseils et toute aide personnelle nécessaires pour prévenir, abolir ou alléger l'état de besoin d'ordre personnel et d'ordre familial ;

Aucune information requise, sauf si la précédente conclusion formulée pour votre pays a consisté en un constat de non-conformité ou un ajournement. Pour les constats de non-conformité, veuillez expliquer si et comment le problème a été résolu et pour les ajournements, veuillez répondre aux questions posées.

Réponse :

Il n'y a pas eu un constat de non-conformité et la conclusion n'a pas été ajournée.

4. à appliquer les dispositions visées aux paragraphes 1, 2 et 3 du présent article, sur un pied d'égalité avec leurs nationaux, aux ressortissants des autres Parties se trouvant légalement sur leur territoire, conformément aux obligations qu'elles assument

en vertu de la Convention européenne d'assistance sociale et médicale, signée à Paris le 11 décembre 1953.

Aucune information requise, sauf si la précédente conclusion formulée pour votre pays a consisté en un constat de non-conformité ou un ajournement. Pour les constats de non-conformité, veuillez expliquer si et comment le problème a été résolu et pour les ajournements, veuillez répondre aux questions posées.

Voir réponse sur la section suivante.

Article 13 : Droit à l'assistance sociale et médicale

Paragraphe 4 : Assistance d'urgence spécifique pour les non-résidents

- **Conclusion :** Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

1. Le Comité demande que le prochain rapport contienne 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.

Réponse :

Le règlement relatif aux prestations économiques des services sociaux et socio-sanitaires prévoit des aides économiques occasionnelles pour répondre à des situations d'urgence, ponctuelles et de subsistance de base qui ont pour finalité d'assister les personnes qui se trouvent dans une situation d'urgence sociale en Andorre, indépendamment de leur situation administrative (article 30).

Ces aides peuvent être destinées à couvrir un ou plusieurs des besoins suivants :

- a) L'entretien, et concrètement l'alimentation, l'hygiène et les vêtements.
- b) Le logement, et concrètement l'entretien du logement, le séjour dans un établissement hôtelier ou autres modalités de logement.
- c) Le retour au lieu d'origine, et concrètement collaborer aux dépenses pour se rendre jusqu'à la représentation diplomatique la plus proche. Dans le cas des victimes de la traite d'êtres humains, les aides incluent le retour assisté dans le pays de provenance, ou le déplacement jusqu'au pays que demande la victime et qui lui garantit sécurité et soutien.
- d) Autres besoins urgents.

Les aides pour répondre à des situations d'urgence, ponctuelles et de subsistance de base ont une durée maximale de quinze jours calendaires, prorogables exceptionnellement et de manière justifiée durant quinze autres jours calendaires. À partir de cette date l'aide d'urgence est terminée, même si la personne bénéficiaire peut, le cas échéant, accéder à l'une des aides économiques ordinaires.

Les demandes d'aides économiques occasionnelles répondant à des situations d'urgence, ponctuelles et de subsistance de base sont résolues à titre provisoire

et immédiatement, sans dépasser, en aucun cas, le délai de 24 heures et prennent effet immédiatement.

Article 14 : Droit au bénéfice des services sociaux

- **Conclusion** : le Comité conclut que la situation de l'Andorre est conforme à l'article 14§1 et 14§2 de la Charte.

- **Questions formulées en annexe** :

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

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

a) Veuillez expliquer comment et dans quelle mesure les activités des services sociaux ont été maintenues lors de la crise de la COVID-19 et indiquer si des mesures spécifiques ont été prises dans l'éventualité de futures crises de ce type.

Réponse :

Les services sociaux et socio-sanitaires prévus dans le Portefeuille des services sociaux et socio-sanitaires ont continué à être fournis avec une certaine normalité, à l'exception des centres de jour pour les personnes âgées intégrés dans un établissement d'hébergement, qui ont été fermés en raison du risque d'infection très élevé.

Autant que possible, le gouvernement a mis en œuvre des moyens pour fournir quelques services de forme télématique, spécialement, les entretiens avec les usagers des services sociaux (soutien psychosocial, orientation, suivi des dossiers de mineurs à risque, femmes victimes de violence conjugale, etc.) D'autres services ont continué à être menés en personne suivant les mesures de protection individuelle indiquées par le ministère de la santé, sur rendez-vous.

Un nouveau modèle socio-sanitaire est actuellement en cours d'élaboration, privilégiant le séjour à domicile. Ce projet vise à transformer les établissements d'hébergement traditionnels en domiciles groupés pour personnes âgées en perte d'autonomie, regroupant de petits appartements (salon et chambre) équipés où les personnes peuvent partager des services collectifs avec une équipe paramédicale sur place.

b) Si la précédente conclusion dressait un constat de non-conformité, veuillez expliquer si et comment le problème a été résolu. Si la précédente conclusion a été ajournée, veuillez répondre aux questions posées.

Réponse :

Il n'y a pas eu un constat de non-conformité ni la conclusion a été ajournée.

2. à encourager la participation des individus et des organisations bénévoles ou autres à la création ou au maintien de ces services.

a) Veuillez fournir des informations sur la participation des usagers aux services sociaux (« co-production ») et notamment 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 oeuvre pratique des services. Par « co-production », on entend 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.

- Réponse :

Les services sociaux et sociosanitaires sont régis, selon l'article 3 de la loi 6/2014 du 24 d'avril 2014 de services sociaux et sociosanitaires, par les principes de la coresponsabilité et des soins centrés sur la personne, entre autres.

En termes de coresponsabilité, la réalisation des objectifs des services sociaux et sociosanitaires est partagée entre les pouvoirs publics - Gouvernement, *Comuns* et autres entités publiques et parapubliques, conformément à leurs compétences -, les bénéficiaires des services et les « *débiteurs d'aliments* », ainsi que les entités privées du pays dans la mesure des engagements pris volontairement.

Autrement, 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.

Dans tous les cas, les prestations doivent être conformes à ce modèle et la priorité doit être de permettre aux personnes qui le souhaitent de rester dans leur milieu habituel dans la mesure du possible, tandis que celles qui doivent être soignées dans des centres d'hébergement doivent être entretenues dans un environnement aussi similaire que possible à celui d'une maison.

Pour les services de soins à domicile, services de soins précoces, services de jour (centres de jour), service de garde d'enfants, service d'accueil pour enfants et adolescents, maisons de retraite, 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 la famille, son tuteur ou représentant légal doit être inclus dans le dossier individuel.

Ce plan comprend l'évaluation et le diagnostic de la situation, la détermination des objectifs, des activités, des tâches et des ressources à utiliser pendant le séjour dans le service. Le plan d'intervention individuel ou familial doit être revu au moins une fois par an et, dans tous les cas, chaque fois que l'évolution de la situation de l'utilisateur l'exige.

b) Si la précédente conclusion dressait un constat de non-conformité, veuillez expliquer si et comment le problème a été résolu. Si la précédente conclusion a été ajournée, veuillez répondre aux questions posées.

- Réponse :

Il n'y a pas eu de non-conformité et la précédente conclusion n'a pas été ajournée.

Article 23 : Droit des personnes âgées à une protection sociale
--

➤ **Conclusion :** le Comité conclut que la situation de l'Andorre est conforme à l'article 23 de la Charte.

➤ **Questions formulées en annexe :**

« En vue d'assurer l'exercice effectif du droit des personnes âgées à une protection sociale, les Parties 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, moyennant :

a. des ressources suffisantes pour leur permettre de mener une existence décente et de participer activement à la vie publique, sociale et culturelle ;

b. la diffusion des informations concernant les services et les facilités existant en faveur des personnes âgées et les possibilités pour celles-ci d'y recourir ;

– à permettre aux personnes âgées de choisir librement leur mode de vie et de mener une existence indépendante dans leur environnement habituel aussi longtemps qu'elles le souhaitent et que cela est possible, moyennant :

a. la mise à disposition de logements appropriés à leurs besoins et à leur état de santé ou d'aides adéquates en vue de l'aménagement du logement ;

b. les soins de santé et les services que nécessiterait leur état ;

– à garantir aux personnes âgées vivant en institution l'assistance appropriée dans le respect de la vie privée, et la participation à la détermination des conditions de vie dans l'institution ».

a) Veuillez fournir des informations détaillées sur 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 âgée ne soit laissée de côté en matière d'accès à ses droits sociaux et économiques et d'exercice de ces droits.

Réponse :

Bien qu'il n'y ait pas une loi spécifique pour les personnes âgées, la législation sur les droits sociaux et économiques prévoit des prestations, des services et des programmes spécifiques pour ce groupe (soins à domicile, télésoins, ...), régies par le principe d'égalité et d'universalité, conformément à la Constitution d'Andorre.

Il régit également le principe de subsidiarité. Celui-ci implique que la fourniture de services doit être effectuée à partir des instances personnelles, sociales ou territoriales les plus proches de la population, autant qu'elle puisse être effectuée efficacement. En ce sens, les « *Comuns* » ont créé et développé, ces dernières années, des services et équipements de proximité pour répondre aux besoins sociaux de chaque paroisse.

D'un point de vue organisationnel, le modèle repose sur l'articulation d'un système coordonné qui agit dans le respect du principe de subsidiarité pour que la prestation de services soit la plus proche possible et que l'action publique ne remplace pas mais valorise et coordonne l'action sur le bénéficiaire, sa famille et les entités privées œuvrant pour répondre aux besoins sociaux.

Dans le cadre de l'assistance sociale, à niveau national, c'est le ministère des affaires sociales qui assume les compétences en matière de personnes âgées, tandis que sur le territoire de chaque paroisse, les administrations locales (*Comuns*) disposent également de départements destinés à prendre soin des personnes âgées.

Le département de promotion à l'autonomie personnelle, attaché au ministère des affaires sociales, développe des fonctions liées à la promotion de la socialisation et l'intégration des personnes et des groupes ayant des besoins d'accompagnement pour la dépendance, en particulier les personnes âgées. Ce département gère également l'allocation de solidarité pour les personnes âgées de plus de 65 ans qui résident légalement et effectivement en Andorre.

Celle-ci consiste en une prestation mensuelle accordée aux retraités ayant de faibles ressources. Son montant dépend des revenus et du patrimoine et s'ajoute, jusqu'à une certaine limite, aux revenus personnels jusqu'au seuil de cohésion sociale (salaire minimum).

Année	2016	2017	2018	2019
Nombre	754	798	861	973
Budget	3.636.609,25 €	3.497.496,38 €	4.346.762,13 €	4.298.877,68 €

Source : ministère des Affaires Sociales, du Logement et de la Jeunesse

*L'allocation de solidarité pour les personnes âgées comprend les cotisations d'affiliation et de sécurité sociale de la branche générale.

En ce qui concerne la couverture santé des bénéficiaires de cette allocation, depuis 2017, toute personne bénéficiant de l'allocation de solidarité pour les personnes âgées pouvait bénéficier d'une couverture à 100% de la Caisse Andorrane de Sécurité Sociale ainsi que la gestion du 3ème payeur en termes de dépenses de santé, en vertu

du Plan « Tu es important », et plus précisément dans sa ligne stratégique 4 « Prévention des situations d'exclusion et promotion de l'autonomie ».

D'autre part, et en relation avec la promotion d'une amélioration de la qualité de vie du collectif de personnes âgées à travers un vieillissement actif, le Plan « Tu es important » susmentionné, prévoit dans son axe stratégique 1 « Seniors actifs », une série d'actions et d'activités développées pour renforcer les relations intergénérationnelles et entre pairs, ainsi que pour encourager leur participation dans la communauté et éviter la solitude et l'isolement.

D'autre part, le 27-1-2016, le Département de Services Socio-sanitaires, attaché au ministère des affaires sociales est créé pour apporter une réponse plus spécifique aux personnes âgées qui ont besoin d'une ressource du réseau d'assistance socio-sanitaire. Concrètement, ce Département est responsable de planifier, programmer, organiser et suivre les services socio-sanitaires établis par la loi sur les services sociaux et socio-sanitaires. Il est chargé aussi de collaborer et coordonner avec le ministère de la Santé les actions socio-sanitaires qui y sont prévues, conformément aux orientations et priorités fixées au sein de la commission interministérielle ; ainsi que de diriger, gérer et suivre les services d'évaluation, d'orientation et de conseil socio-sanitaire des personnes en situation de dépendance (COVASS). Enfin, il doit également gérer, surveiller et évaluer le service de soins à domicile (SAD).

Le gouvernement doit garantir l'accès aux prestations qui lui correspondent conformément à l'article précédent et qui sont considérées comme garanties à tous les candidats qui remplissent les conditions requises, soit par le biais de la prestation directe, soit par le biais d'entités ou de personnes collaboratrices. Quant aux avantages de concordance attribués dans la section précédente, il doit promouvoir et faciliter l'accès dans les limites des budgets alloués et les fournir, soit directement, soit à travers des entités collaboratrices.

Les *comuns* doivent promouvoir et faciliter l'accès aux services techniques de leur compétence dans la limite des budgets alloués, et les fournir, soit directement, soit par l'intermédiaire d'entités collaboratrices. A cette fin, les *comuns* peuvent également contribuer pour que les personnes ou familles qui ne disposent pas de ressources suffisantes puissent payer le prix public des services de leur compétence.

Ainsi, le gouvernement d'Andorre a signé un accord avec la Fédération des personnes âgées de la Principauté d'Andorre, afin de collaborer aux activités sociales programmées par la Fédération. Le gouvernement assiste également à l'Assemblée annuelle de la Fédération et évalue la viabilité des revendications de ce groupe afin d'améliorer l'accès à leurs droits.

b) Veuillez fournir des informations sur les mesures spécifiques prises pour protéger la santé et le bien-être des personnes âgées, tant chez elles qu'en institution, dans le contexte d'une crise de pandémie, comme la crise de la COVID-19.

- Réponse :

Le Gouvernement a mis en place la Commission de Suivi Socio-sanitaire, dans le but de coordonner les actions en cas d'éventuelles épidémies, d'analyser la situation

concernant l'évolution du coronavirus SARS-CoV-2 et son impact sur les centres socio-sanitaires, publics et privés de la Principauté afin de proposer et adopter les mesures appropriées pour chaque circonstance, ce qui a déjà eu lieu à deux reprises. La Commission d'évaluation socio-sanitaire (COVASS) a également dû s'adapter à l'évolution constante de la crise de pandémie.

Au 30 novembre, 31 demandes d'accès à une place dans le régime RESPIR ont été traitées au COVASS et 116 demandes d'accès aux ressources résidentielles dans les régimes de 24 heures et de centre de jour.

Durant cette période de crise, deux hôtels ont été mis à disposition pour accompagner et soigner les usagers des différents centres socio-sanitaires d'Andorre, avec la collaboration de la Croix-Rouge andorrane et du service de santé andorran (SAAS). Au total, 52 résidents des centres socio-sanitaires ont été déplacés vers ces dispositifs. Cela a impliqué la mobilisation du personnel du SAAS et de 115 volontaires de la Croix-Rouge, avec le soutien du personnel du SAD, qui a participé à la prise en charge des personnes les plus âgées.

L'une des conséquences de la pandémie a été la restriction des visites des proches au centre socio-sanitaires, garantissant à son tour que des mesures de protection sont établies et que des contacts peuvent être établis en toute sécurité pour le bien-être du résident et de sa famille.

La fermeture des centres de jour pour les personnes âgées en raison du risque de transmission et de contagion pour les résidents de 24 heures et les utilisateurs des centres de jour a été une autre conséquence de la crise sanitaire. Au total, 49 personnes (38 en régime public et 11 en régime privé) se sont retrouvées sans cette ressource. En ce sens, le Département des services socio-sanitaires a établi des contacts avec tous les utilisateurs des différents centres de jour transférés à leur domicile pour répondre aux éventuels besoins qui pourraient survenir, soit pour eux-mêmes, soit pour leurs familles. En conséquence, la couverture des soins à domicile qu'ils ont reçus a été améliorée, prolongeant les heures de service. Dans le même ordre d'idées, une prestation économique a été développée pour collaborer au paiement de ressources complémentaires de soins à domicile.

Entre mars et juin 2020, le SAD a pris en charge 7 personnes positives au COVID-19, grâce à la création d'une équipe spécialisée pour soigner les personnes atteintes de la maladie. Les services de soins aux personnes âgées de plus de 80 ans et ayant un degré de dépendance GDA 3 ou plus ont également été intensifiés.

Au 30 novembre 2020, le SAD a desservi 300 personnes. Dans la même période, 27 personnes de moins de 60 ans ont été accompagnées.

Grâce à l'enquête menée auprès de personnes de plus de 80 ans vivant seules, pendant la période de crise de pandémie et en collaboration avec les « *Comuns* » et la Croix-Rouge, il a été possible d'identifier et d'effectuer un suivi quotidien de toutes ces personnes et planifier des actions dans des situations à risque.

En ce qui concerne les inspections dans les centres socio-sanitaires, 30 inspections ont été effectuées afin d'évaluer le degré de conformité aux indications et protocoles établis par le ministère de la Santé.

Face à la situation d'urgence sanitaire résultant du COVID-19, le département des services socio-sanitaires, qui relève du ministère des Affaires sociales, du Logement et de la Jeunesse, a dû repenser le modèle socio-sanitaire existant.

Compte tenu des projections de vieillissement de la population dans les 15/20 prochaines années et de l'insuffisance des ressources de soins dont nous disposons actuellement, nous avons besoin d'une prévision et d'une mise à disposition de ressources préventives et d'une attention précoce aux premiers signes de dépendance ou de fragilité pour éviter ou retarder l'apparition de personnes très dépendantes.

Afin de faciliter et de promouvoir que les personnes âgées n'aient pas à quitter leur environnement habituel, il est également prévu d'augmenter l'offre de produits de soutien disponibles à la Banque des produits de soutien avec deux appels d'offres d'achat. Le premier est prévu pour 2020 et le second pour 2021. Une augmentation des effectifs du SAD est également prévue pour accroître le soutien les nuits et les week-ends.

Le plan d'action *Horitzó 23* du gouvernement d'Andorre soulève la nécessité de renforcer et de développer le soutien aux personnes âgées et c'est pourquoi le ministère des Affaires sociales, du Logement et de la Jeunesse, en collaboration avec d'autres entités publiques et privées, des travaux sont en cours pour développer des ressources de soins alternatifs aux résidences (appartements avec services, etc.).

c) Si la précédente conclusion dressait un constat de non-conformité, veuillez expliquer si et comment le problème a été résolu. Si la précédente conclusion a été ajournée, veuillez répondre aux questions posées.

Réponse :

Il n'y a pas eu un constat de non-conformité ni la conclusion a été ajournée.

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

- **Conclusion :** Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

1. Le Comité demande une nouvelle fois 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).

Réponse :

En 2018 (avec les données sur le revenu pour 2017), le seuil de pauvreté à risque en Andorre est de 11.994 € pour les ménages composés d'un adulte et de 25187 € pour les ménages composés de deux adultes et de deux enfants de moins de 14 ans.

Le salaire minimum applicable à partir du 1^{er} janvier 2018 est le suivant :

14-15 ans	16 ans	17 ans	18 ans et
-----------	--------	--------	-----------

			plus
603,20	854,53	904,80	1.005,33

À partir du 1er de février 2018 :

14-15 ans	16 ans	17 ans	18 ans et plus
611	864,93	915,20	1.017,47

2. Le Comité demande qu'elles soient incluses dans le prochain rapport.

Au cours de cette année 2021, le projet d'élaboration de la base de données *d'Histoire sociale partagée* a été attribué. Cela est en phase finale d'élaboration et à partir du mois de juillet, il devrait entrer dans une période de test afin de pouvoir être pleinement opérationnel à partir de septembre de cette année.

3. Le Comité demande à ce que des informations soient données dans le prochain rapport sur non seulement les mesures appliquées mais aussi sur l'existence de mécanismes de coordination pour ces mesures, y compris au niveau de la fourniture de l'assistance (c'est-à-dire comment la coordination est assurée, relation aux bénéficiaires individuels d'assistance et de services).

Réponse :

La coordination, l'optimisation des ressources et la transversalité sont l'un des principes directeurs de la loi 6/2014.

C'est pour cette raison que les services sociaux de base (*Servei social d'atenció primària*) soient en contact permanent avec les administrations locales (« *Comuns* ») et les autres services publics, ainsi qu'avec les principales organisations à but non lucratif (Caritas et la Croix-Rouge) afin d'éviter tout double emploi entre les acteurs impliqués dans le domaine de la protection sociale.

En outre, les services sociaux de soins primaires surveillent constamment le plan de travail individuel afin d'évaluer la situation personnelle et familiale des bénéficiaires d'une prestation de services sociaux.

En plus, la Commission nationale de la protection sociale a été créée par la loi 6/2014, en tant qu'organe politique et technique de coordination et de coopération interadministrative du gouvernement et des « *Comuns* » sur les aspects d'intérêt commun dans le domaine des services sociaux.

4. Le Comité demande aussi que le prochain rapport contienne des données détaillées démontrant que les ressources budgétaires destinées à combattre la pauvreté et l'exclusion sociale soient suffisantes compte tenu de l'envergure du problème posé.

Réponse :

En ce qui concerne le taux de risque de pauvreté avant les prestations sociales et les pensions, cela est de 59,8% pour les personnes âgées de 65 ans et plus, tandis que pour la population totale, le taux est de 24%. Si nous ne réduisons que les prestations sociales (mais pas les pensions), le taux de risque de pauvreté est réduit à 24% pour la tranche d'âge de 65 ans et plus et à 18,3% pour l'ensemble de la population.

En faisant une analyse par tranche d'âge, on constate que 19,9% des personnes âgées de 65 ans et plus sont à risque de pauvreté (revenu par unité de consommation inférieur à 60% de la médiane), alors que le même taux pour les personnes de moins de 16 ans est de 13,3% et pour les personnes entre 16 et 64 ans, il est de 12,1%.

En 2018 (selon les données sur les revenus 2017), le 12,8% de la population andorrane est menacée de pauvreté. Le pourcentage de la population sous le seuil de 50% est de 8,9%, tandis que la population sous la moyenne de 40% est de 4,4%.

➤ **Questions formulées en annexe :**

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale, les Parties s'engagent :

a. à prendre des mesures dans le cadre d'une approche globale et coordonnée pour promouvoir l'accès effectif notamment à l'emploi, au logement, à la formation, à l'enseignement, à la culture, à l'assistance sociale et médicale des personnes se trouvant ou risquant de se trouver en situation d'exclusion sociale ou de pauvreté, et de leur famille;

b. à réexaminer ces mesures en vue de leur adaptation si nécessaire.

a) Veuillez fournir des informations détaillées sur les mesures (juridiques, pratiques et proactives, y compris en ce qui concerne le contrôle et l'inspection) prises pour veiller qu'aucune personne ne tombe sous le seuil de pauvreté, et veuillez également fournir des informations sur les effets des mesures prises. Veuillez indiquer combien de personnes dans votre pays sont exposées au risque de pauvreté, combien se trouvent en situation de pauvreté et combien se trouvent dans une situation d'extrême pauvreté, avec des données spécifiques concernant les enfants.

Réponse :

Le 12,8% de la population est menacée de pauvreté. D'autre part, 3,5% de la population se trouve dans une situation de privation matérielle sévère, par exemple, une grande partie de la population n'est pas en mesure de répondre à des dépenses imprévues de 950 € (40,7% de la population).

Si on l'analyse par tranche d'âge, 19,9% des personnes âgées de 65 ans ou plus risquent de tomber dans la pauvreté (revenu par unité de consommation inférieur à 60% de la médiane), alors que pour les personnes de moins de 16 ans il est de 13,3% et pour les personnes entre 16 et 64 ans, de 12,1%.

En analysant selon le type de ménage, on constate que les personnes les plus

exposées au risque de pauvreté sont celles qui vivent dans des ménages composés d'un adulte avec enfants à charge, avec un taux de 25,7%. Dans les ménages de deux adultes ou plus avec enfants à charge, il est de 10,3%, et ce taux augmente à 11,3% dans les ménages de deux adultes ou plus sans enfants à charge.

b) Veuillez fournir des informations sur les mesures prises pour assister les personnes touchées par la pauvreté, l'exclusion sociale et l'état de sans-abri durant la crise de la COVID-19, ou après la crise pour en atténuer les effets.

Réponse :

La troisième disposition finale de la loi 3/2020, du 23 mars, relative aux mesures exceptionnelles et urgentes en raison de la situation d'urgence sanitaire causée par la pandémie de COVID-19, charge le gouvernement de promouvoir une modification de la réglementation qui aménage le bénéfice économique pour les situations de chômage involontaire et l'aide au logement locatif afin d'assouplir les conditions d'accès à ces aides pour les personnes qui doivent faire face à une aggravation de leur situation économique et à la situation d'urgence sanitaire causée par le SARS-CoV-2.

Vu les mesures exceptionnelles adoptées par le gouvernement pour contenir la transmission communautaire de la pandémie et l'impact qu'elle peut avoir sur la situation économique et sociale des individus et des familles face aux nécessités de base, et conformément à la troisième disposition finale de la loi 3/2020 précitée, la modification du décret du 3-7-2019 portant approbation du règlement des prestations économiques des services sociaux et socio-sanitaires est promue. Cette dernière ajoute les articles 18 bis et 26 bis afin de rendre les conditions d'octroi de ces aides financières ponctuelles plus flexibles ainsi que pour les adapter aux circonstances découlant de la situation d'urgence sanitaire précitée. Notamment, pour les personnes qui doivent faire face à une aggravation de leur situation économique et sociale du fait de l'urgence sanitaire causée par le SARS-CoV-2.

En ce qui concerne les prestations pour chômage involontaire pour les personnes en situation de chômage à cause de la crise sanitaire, les exigences sont adaptées afin que les personnes licenciées à partir du 13 mars 2020 puissent en bénéficier. Les personnes qui ont 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 personnes qui exercent une activité pour leur propre compte et qui ont 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 cette aide tant que la situation économique et sociale s'est aggravée en conséquence directe de la situation d'urgence sanitaire causée par le SARS-CoV-2.

Dans le cas contraire, les exigences relatives à la période de cotisation à la caisse andorrane de sécurité sociale ont été adaptées, qui ont été réduites. La période d'inscription au service de l'emploi et l'engagement d'insertion active ont également été supprimés et le délai de résolution de la demande a été ramené de deux mois à dix jours.

Par ailleurs, concernant les aides financières occasionnelles, le volume de la documentation à joindre a été réduit pour faciliter son traitement et l'utilisation de

moyens télématiques pour déposer les demandes a été favorisée, conformément aux recommandations et indications des autorités sanitaires.

La loi 3/2020 instaure également un congé payé extraordinaire 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 et qui ont été touchés par la fermeture d'écoles et jardins d'enfants, afin d'éviter situations de délaissement parental.

Autrement, le gouvernement a fourni une protection de logement aux personnes avec un permis de travail temporaire qui, en raison de la crise sanitaire causée par le SARS-CoV-2, ne pouvaient pas retourner dans leur pays d'origine. Les « *Comuns* » ont également fourni des ressources de logement pour différentes personnes en situation vulnérable à cet égard.

Également, quelques organismes sans but lucratif ont organisé de campagnes pour collaborer à assurer les besoins de base et les frais médicaux aux personnes qui étaient dans une telle situation. *Caritas Andorrana* et Croix-Rouge sont un exemple.

c) Si la précédente conclusion dressait un constat de non-conformité, veuillez expliquer si et comment le problème a été résolu. Si la précédente conclusion a été ajournée, veuillez répondre aux questions posées.

- Réponse :

Voir réponse sur les pages 40 et suivantes.